

Emmi Saukkosaari

KROONISEN KIPUPOTILAAN OHJAUSPROSESSI

Fysioterapeutin ja lääkärin yhteistyöhön pohjautuva prosessimalli kroonisten kipupotilaiden ohjaukseen

KROONISEN KIPUPOTILAAN OHJAUSPROSESSI

Fysioterapeutin ja lääkärin yhteistyöhön pohjautuva prosessimalli kroonisten kipupotilaiden ohjaukseen

Emmi Saukkosaari
Opinnäytetyö
Kevät 2020
Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Tekijä: Emmi Saukkosaari

Opinnäytetyön nimi: Kroonisen kipupotilaan ohjausprosessi: Fysioterapeutin ja lääkärin yhteistyöhön pohjautuva prosessimalli kroonisten kipupotilaiden ohjaukseen

Työn ohjaajat: Marika Heiskanen & Eija Mämmelä

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2020

Sivumäärä: 41

Krooninen kipu on merkittävä terveydenhuollon ongelma sekä kansainvälisesti että valtakunnallisesti. Krooninen kipu aiheuttaa yksilöllisen kärsimyksen lisäksi huomattavia yhteiskunnallisia kustannuksia. Kivun kroonistuessa kipukokemukseen vaikuttaa fyysisten vaivojen lisäksi psykososiaaliset tekijät, jolloin puhutaan moniulotteisesta sairaudesta. Krooniseen kipuun ei aina löydy parantavaa hoitoa, koska kipua aiheuttavaa sairautta ei voida parantaa tai kivun perussyytä ei tiedetä. Kroonisen kivun hoidossa on moniammatillinen ja potilaslähtöinen lähestymistapa osoittautunut lupaavaksi, jolloin hoidossa keskitytään kivun lievityksen lisäksi toimintakyvyn kohenemiseen ja elämänlaadun paranemiseen.

Opinnäytetyön tavoite oli kehittää prosessimalli tukemaan kroonisten kipupotilaiden ohjausta Oulun yliopistollisen sairaalan osastoilla 2 ja 10. Krooniset kipupotilaat ovat yksi osastoilla hoidettavista potilasryhmistä niissä tilanteissa, jossa heidän kipunsa syystä tai toisesta akutisoituu ja heidän käytettävissään olevat kivunhallintakeinot käyvät riittämättömiksi. Hoito osastoilla on painottunut lääkehoitoon, jonka hyöty on todettu jäävän hetkelliseksi. Opinnäytetyönä kehitetty prosessimalli mahdollistaa potilaan kokonaisvaltaisemman kohtaamisen sekä lääkkeettömien kivunhoitomethodien järjestelmällisemmän hyödyntämisen. Opinnäytetyön pitkän aikavälin tavoite on hoitohenkilökunnan työnkuvan tukeminen sekä kroonisten kipupotilaiden hoitoprosessin kehittyminen.

Prosessimallin kehittämisessä hyödynnettiin tilaajalta kerättyjä taustatietoja sekä tutkittua tietoa kroonisesta kivusta, jonka perusteella kroonisten kipupotilaiden hoidossa tulee painottaa moniammatillisuutta, potilaslähtöisyyttä ja lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja. Moniammatillisella kohtaamisella voidaan vähentää potilaiden kärsimystä ja pitkällä aikavälillä hoidon kustannuksia. Kerätyn tiedon perusteella kehitettiin fysioterapeutin ja lääkärin yhteistyöhön pohjautuva prosessimalli. Mallin painopiste on fysioterapeutin vastaanottotoiminnassa, johon sisältyy potilaan kiireetön kohtaaminen, lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hyödyntäminen sekä jatkohoidon suunnittelu.

Prosessimallista hyötyvät krooniset kipupotilaat, sillä prosessimallin avulla potilaat säästyvät tarpeettomilta osastojaksoilta sekä pääsevät tarkoituksenmukaiseen hoitopolkuun nopeammin. Jos mallin mukaisen hoidon porrastuksen ja ohjeistuksen avulla päästään lievittämään potilaiden kipua ja sen vaikutuksia toimintakykyyn, on prosessimallin hyöty kansantaloudellinen. Prosessimalli yhdenäistää potilaiden hoitoa sekä ohjausta ja tukee näin myös kroonisten kipupotilaiden kanssa työskentelevän hoitohenkilökunnan työnkuvaa. Yleisellä tasolla prosessimalli palvelee koko fysioterapian alaa, antaen työvälineitä ja valmiin mallin kroonisten kipupotilaiden kanssa työskentelyyn.

Asiasanat: krooninen kipu, fysioterapia, hoitoprosessi, potilaan ohjaaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

Author: Emmi Saukkosaari

Title of thesis: Chronic Pain Patient Guidance Process: Physiotherapist and Physician Collaborative Process Model for Chronic Pain Patient Guidance

Supervisors: Marika Heiskanen & Eija Mämmelä

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2020

Number of pages: 41

Chronic pain is internationally and nationally a significant problem for health care. In addition to individual suffering, chronic pain causes considerable social costs. When the pain becomes chronic, the experience is affected by physical and psychosocial factors, when can be talked about a multidimensional disease. There is not always a cure for long-term pain because the disease causing the pain cannot be cured or the reason cause of the pain is unknown. A multidisciplinary and patient-oriented approach to pain management has proven to be promising. The treatment focuses on pain relief, restoration of function and improvement of quality of life.

The goal of the thesis was to develop a process model to support the guidance of chronic pain patients in wards 2 and 10 in the Oulu University Hospital. Chronic pain patients are one of the groups of patients treated in wards in cases where their pain, for one reason or another, is accumulating and the pain management tools available to them are inadequate. So far, the treatment has focused on pain medication, but the benefits of medication have been found to be temporary. The process model, developed as the thesis, enables a more holistic encounter with the patient and a more systematic utilization of non-pharmaceutical interventions. The long-term goal of the thesis is to develop the care and guidance of chronic pain patients and to support the work of the health care workers involved in patient care.

The process model was developed using background data collected from the commissioner and evidence-based knowledge about the chronic pain. Based on the literary review, the treatment of chronic pain patients emphasizes multiprofessionality, patient orientation and the non-pharmaceutical interventions. Multidisciplinary encounters can reduce patient suffering and, in long term, the costs of health care. Using the data collected, a process model based on the cooperation between the physiotherapist and the physician, was developed. The focus of the process model is on the physiotherapist's admission. The physiotherapist meet patient without hurry, utilize non-pharmaceutical interventions, and plan continuing care.

Chronic pain patients benefit from the process model, because the model saves patients from unnecessary ward cycles and guides patients faster to appropriate care. If the guidance and staging of treatment can relief pain and its effects on person`s functioning, the benefits of the process model will be economical. Because the process model integrates patient care and guidance, the model supports the healthcare workers working with chronic pain patients. In general, the process model serves the entire field of physiotherapy, providing tools for working with chronic pain patients.

Keywords: chronic pain, physiotherapy, treatment process, patient guidance

SISÄLLYS

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TAVOITTEET JA HYÖDYNsAAJAT | 8 |
| 3 | FYSIOTERAPIA OSANA KIPUPOTILAAN HOITOA | 11 |
| 3.1 | Palveluohjaus osana hoitoprosessia | 11 |
| 3.2 | Fysioterapiaprosessi kipupotilaan hoidossa | 12 |
| 3.3 | Krooninen kipu | 13 |
| 3.4 | Kustannustietoisuus sosiaali- ja terveysalalla..... | 20 |
| 4 | KIPUPOTILAAN OHJAUSPROSESSIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS | 22 |
| 4.1 | Kipupotilaan ohjausprosessin sisällön suunnittelu ja toteutus | 22 |
| 4.2 | Kipupotilaan ohjausprosessin ulkoasun suunnittelu ja toteutus..... | 25 |
| 5 | ARVIOINTI..... | 27 |
| 5.1 | Kipupotilaan ohjausprosessin arviointi..... | 27 |
| 5.2 | Opinnäytetyöprojektin arviointi | 30 |
| 6 | POHDINTA..... | 33 |
| | LÄHTEET..... | 35 |

1 JOHDANTO

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP kuvaa kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi. Kokemukseen voi liittyä selvä kudosaaurio tai sen uhka tai kokemusta voidaan kuvata samalla tavoin. (International Association for the Study of Pain 2017, viitattu 7.4.2019.) Kun kipu on kestänyt pidempään kuin 3-6 kuukautta tai kun kudosaaurion normaali parantumisaika on ylitetty, puhutaan kroonisesta kivusta. Yleisimmin kroonisen kivun taustalla on tuki- ja liikuntaelinsairaudet. (Haanpää & Vainio 2018, 123, 129). Kivun kroonistuessa kipukokemukseen vaikuttaa fyysisten vaivojen lisäksi myös psykososiaaliset tekijät, jolloin voidaankin puhua moniulotteisesta sairaudesta (Ojala 2015, 82). Riippumatta kivun etiologiasta ja patofysiologiasta on kipu aina kokemuksena todellinen. Vaikka pitkäkestoista kipua ei usein pystytä täysin poistamaan, voidaan kipua lievittää ja potilaan selviytymistä tukea oheisoireita hoitamalla. Tämän vuoksi kipu tulee arvioida perusteellisesti, jolloin huomio tulee kiinnittää kivun voimakkuuden, keston, sijainnin ja tyyppin lisäksi myös muihin sairauksiin ja lääkityksiin sekä psyykkisiin tekijöihin, elämäntapoihin ja psykososiaaliseen tilanteeseen. Tärkein osa kivun arviointia on kuitenkin potilaan oma arvio kivusta. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.)

Breivikin, Collettin, Ventafriddan, Cohenin ja Gallacherin tutkimuksen mukaan kroonista, yli 6 kuukautta kestänyttä kipua on kokenut 19% Euroopan aikuisväestöstä. Tutkittavilla kipuja on esiintynyt useita kertoja viikossa, ja ne ovat vaikuttaneet merkittävästi heidän sosiaaliseen elämäänsä sekä työssäkäyntiin. Tutkittavista lähes puolet on kokenut kivunhoidon olevan kohdallaan riittämätöntä. (2006, 287.) Tuloksia tukee Suomessa toteutettu väestötutkimus, jonka mukaan suomalaisesta aikuisväestöstä (15-74 -vuotiaat) 35% on kokenut kroonista kipua ja heistä 14% kokee kroonista kipua päivittäin (Mäntyselkä, Turunen, Ahonen & Kumpusalo 2003, 2435). Kipu aiheuttaa myös suuren osan perusterveydenhuollon päivystyskäynneistä. Suomessa 40%:lla hoitoon hakeutuvista potilaista tulosyynä on kipu ja 20%:lla kyseisestä potilasryhmästä kipu oli kestänyt yli kuusi kuukautta. (Mäntyselkä, Kumpusalo, Ahonen, Kumpusalo, Kauhanen, Viinamäki, Halonen & Takala 2001, 175.) Vaikka tulokset vaihtelevat hieman eri maiden välillä, voidaan kuitenkin todeta kroonisen kivun olevan merkittävä terveydenhuollon ongelma, joka tulisi ottaa vakavammin huomioon (Breivik ym. 2006, 287).

Vahvinta näyttöä kroonisten kipupotilaiden hoitamiseksi on biopsykososiaalisesta moniammatillisesta lähestymistavasta, jossa yhdistyy eri tieteenalojen osaaminen. Potilasta hoitaa moniammatillinen tiimi, joka tekee yhteistyötä huomioiden hoidon eri osa-alueet, sen sijaan, että yksittäinen ammattilainen keskittyy vain omaan erityisosaamisalueeseensa. Mallissa johtavana ajatuksena on potilaiden osallistuminen hoidon suunnitteluun. Moniammatillisella kohtaamisella voidaan tutkusti vähentää kroonisten kipupotilaiden kärsimystä ja pitkällä aikavälillä myös hoidon kustannuksia. Kuitenkaan tehokkaita ja kannattavia moniammatillisia hoitomalleja ei käytännön työssä juuri-kaan esiinny. Perusteluina käyttämättömyydelle esitetään usein sen kustannuksia nostavat vaikutukset sekä ajan riittämättömyys toiminnan kouluttamiseen. (Hansen, McKernan, Carter, Allen & Wolever 2019, 86-87.)

Kyseessä on siis laaja, merkittävästi henkilön toimintakykyä heikentävä ja kärsimystä lisäävä ongelma, jonka hoitoon on olemassa runsaasti tutkittua tietoa. Tämän opinnäytetyön tavoite oli kehittää prosessimalli tukemaan kroonisten kipupotilaiden ohjausta Oulun yliopistollisen sairaalan osastoilla 2 ja 10. Tähän asti krooniset kipupotilaat ovat kivun pahentumisvaiheissa ohjautuneet kyseisille osastoille, jos potilasta ei ole voitu päivystyksellisen hoidon jälkeen kotiuttaa. Hoitona osastoilla on pääsääntöisesti ollut kipulääkitys, jonka on todettu lievittävän kipua yleensä vain hetkellisesti. Lisäksi vähäiset mahdollisuudet potilaiden kiireettömään kohtaamiseen, potilaiden voimakas kipu ja hätä tilanteesta sekä jatkohoidon toteutumisen seurannassa esiintyvät haasteet ovat aiheuttaneet osastojen henkilökunnassa riittämättömyyden tunnetta. Potilaiden ohjaukseen kaivattiin yhteisiä käytäntöjä. Hoidon tuloksellisuutta haluttiin kehittää kohtaamalla potilas kokonaisvaltaisesti sekä lisäämällä eri kivunhoitomenetelmien käyttöä farmakologisten keinojen ohella. Fysioterapeutilla on ainutlaatuista osaamista auttaa potilasta hallitsemaan kipuaan ja löytämään kipua lievittäviä liikeharjoitteita sekä tukea potilaan elämänhallinnan uudelleen saavuttamista ja peloista luopumista (World Confederation for Physical Therapy 2019, viitattu 5.12.2019). Opinnäytetyönä kehitetyssä prosessimallissa potilaiden ohjaus pohjautuu fysioterapeutin ja lääkärin yhteistyölle sekä fysioterapeutin toteuttamalle vastaanottotoiminnalle. Vastaanottotoiminnassa painottuu potilaan kiireetön kohtaaminen, lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hyödyntäminen sekä jatkohoidon suunnittelu. Toiminnassa huomioidaan myös farmakologiset keinot sekä muut näyttöön perustuvat onnistuneen kroonisen kivunhoidon osa-alueet. (Pietikäinen, keskustelu, 25.2.2019.)

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TAVOITTEET JA HYÖDYNAAJAT

Kun kipu kroonisilla kipupotilailla akutisoituu ja heidän käytettävissään olevat kivunhallintakeinot käyvät riittämättömiksi, hakeutuvat potilaat usein päivystykselliseen hoitoon. Jos potilasta ei voida päivystyksellisen hoidon jälkeen kotiuttaa, siirtyy potilas yleensä jatkohoitoon osastolle. Oulun yliopistollisen sairaalan kohdalla jatkohoito-osastoksi valikoituu pääasiassa osasto 2 tai 10. Osasto 10 on elektiivisen kirurgian vuodeosasto, jossa hoidetaan pääasiassa reuma-, reumaortopedisia sekä tekonivelleikattuja potilaita, mutta myös ortopedisia selkä- ja kaularankapotilaita sekä neuro- ja yleiskirurgisia potilaita (PPSHP 2019a, viitattu 15.3.2019). Osasto 2 on neurokirurginen osasto, jossa tapahtuu puolestaan neurokirurgisten sekä selkäortopedisten potilaiden hoito (PPSHP 2019b, viitattu 15.3.2019). Osastoilla kroonisista kipupotilaista konsultoidaan usein anestesiologia ja hoidossa on pääsääntöisesti päädytty kipulääkitykseen tai sen muutoksiin. Osastojaksosta ei ole todettu kuitenkaan merkittävää hyötyä potilaiden kivunhoidon kannalta, lääkityksen hyöty on jäänyt hetkelliseksi ja potilaiden on havaittu palaavan osastolle uudestaan. Lisäksi kroonisten kipupotilaiden hoitovastuu kuuluu perusterveydenhuollolle, joten potilaiden ohjautuminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoille ei ole tarkoituksenmukaista. (Pietikäinen, keskustelu, 25.2.2019.)

Potilaiden hoidon tuloksellisuuden parantamiseksi pyydettiin potilaiden ohjaukseen prosessimalli opinnäytetyönä. Prosessimallin tarkoituksena on yhtenäistää kroonisten kipupotilaiden ohjausta heidän saavuttuaan osastoille 2 tai 10. Toiminnan mallintamisella tavoiteltiin potilaan kohtaamisen kokonaisvaltaisuutta sekä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien järjestelmällisempää hyödyntämistä farmakologisten keinojen ohella. Prosessimalli toimii samalla osana tilaajan laajempaa kivunhoitoon liittyvää kehittämistyötä, johon sisältyy muun muassa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hanke *Yhtenäisen kivunarvioinnin ja – hoidon mallin kehittäminen PPSHP:ssä* ja sekä hoito-ohje *Krooninen kipupotilas OYS:n osastoilla ja päivystyksessä*. Prosessimallin ensisijainen hyödynsaja on Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja erityisesti kroonisten kipupotilaiden kanssa osastoilla työskentelevä hoitohenkilökunta. Osastojen hoitohenkilökunta on kokenut riittämättömyyttä kroonisten kipupotilaiden hoitamisessa ja ohjauksessa kiireen, potilaiden jatkohoidon toteutumisen seurannassa esiintyvien haasteiden sekä terapeuttien ja lääkäreiden välisen yhteistyön puutteiden vuoksi (Pietikäinen, keskustelu, 25.2.2019). Potilaiden hätä tilanteessa on usein suuri ja kipu suhteellisen voimakasta. Potilailla on tarve tulla kuulluksi, mutta kiireettömään kohtaamiseen ei ole usein ollut mahdollisuutta (Pietikäinen, keskustelu, 25.2.2019). Vaihe vaiheelta etene-

vällä ja toimintaa yhtenäistävällä prosessimallilla pyritään vastaamaan näihin haasteisiin sekä vähentämään potilaiden toistuvaa osastokierrettä. Toinen tärkeä hyödynsaaja on osastoille ohjautuvat krooniset kipupotilaat. Prosessimallin avulla potilaat säästyvät tarpeettomilta ja toistuvilta osastojaksoilta sekä pääsevät tarkoituksenmukaiseen hoitopolkuun nopeammin. Jos prosessimallin mukaisen hoidon porrastuksen ja ohjeistuksen avulla päästään lievittämään potilaiden kipua ja sen vaikutuksia toimintakykyyn, on välillisesti prosessimallin hyödynsaajina myös potilaiden omaiset sekä lähipiiri. Samoin perustein prosessimallin merkitys voi näkyä sairauspoissaolojen määrässä, jolloin hyöty on kansantaloudellinen. Yleisellä tasolla prosessimalli palvelee koko fysioterapian alaa, antaen työvälineitä kroonisten kipupotilaiden kanssa työskentelyyn sekä valmiin pohjan potilaslähtöiseen ja fysioterapeutin osaamista hyödyntävään toimintamalliin. Prosessimallissa huomioidaan eri ammattiryhmien osaaminen ja hoitoketjun kokonaisvaltaisuus. Näin ollen prosessimalli myötäilee terveydenhuoltolain tavoitteita parantaa palveluiden saavutettavuutta sekä tuottaa terveyspalvelut tehokkaasti, asiakaskeskeisesti ja saumattomasti - mikä on myös koko ajan yleistyvän fysioterapeutin suoravastaanottotoiminnan tavoite (Suomen Fysioterapeutit 2019a, viitattu 6.12.2019). Prosessimalli kehittää myös opinnäytetyön tekijän ammattitaitoa ja osaamista työskennellä kroonisten kipupotilaiden kanssa, jolloin myös opiskelija on prosessimallin hyödynsaaja.

Opinnäytetyön välitön tavoite oli vuokaaviomuotoisen prosessimallin kehittäminen kroonisten kipupotilaiden ohjauksen tukemiseen osastoilla 2 ja 10. Mallissa potilaiden ohjaus etenee vaihe vaiheelta pohjautuen osaston lääkärin ja fysioterapeutin yhteistyölle. Fysioterapeutin osuutta tässä yhteistyössä perustelelee fysioterapeutilta löytyvä ainutlaatuinen osaaminen auttaa potilasta hallitsemaan kipuaan, löytämään kipua lievittäviä liikeharjoitteita, saavuttamaan elämänhallinta uudelleen ja luopumaan peloista (World Confederation for Physical Therapy 2019, viitattu 5.12.2019). Toiminnassa hyödynnetäänkin farmakologisten keinojen lisäksi myös fysioterapian lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä sekä huomioidaan muut näyttöön perustuvat onnistuneen kroonisen kivunhoidon osa-alueet. Opinnäytetyön pitkän ajan kehitystavoitteeksi asetettiin kroonisten kipupotilaiden hoidon ja ohjauksen kehittyminen sekä potilaiden hoitoon osallistuvan henkilökunnan työnkuvan tukeminen Oulun yliopistollisen sairaalan osastoilla 2 ja 10.

Koska prosessimalli käynnistää uuden toiminnan osastoilla 2 ja 10, on tärkeää, että prosessimalli on ohjeena perusteltu sekä ongelmaton. Ohjeen ymmärrettävyyteen vaikuttaa ohjeen viestinnälliset, sisällölliset että ulkoasuun liittyvät ratkaisut (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35). Tähän näkökulmaan pohjautuen asetettiin prosessimallille laatutavoitteet. Viestinnällisesti prosessimallista haluttiin tehdä selkeä ja ymmärrettävä. Sisällöllisiksi tavoitteiksi asetettiin mallin loogisuus

sekä toistettavuus. Tässä yhteydessä loogisuudella tarkoitetaan prosessimallissa annettujen ohjeiden ja vastuu- sekä tehtävämääritysten yksiselitteisyyttä. Tällöin malli ei saa sisältää väliinputoajia, päällekkäisyyksiä tai ristiriitoja ja prosessimallin tulee noudattaa myös yleisesti hyväksyttyjä hoitosuosituksia sekä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sisäisiä ohjeita kroonisten kipupotilaiden hoidosta. Toistettavuuden tavoittelulla haluttiin varmistaa, että prosessimallista tulee henkilöstömuutokseen mukautuva. Toiminnan tulee olla riippumaton yksittäisten henkilöiden läsnäolosta tai yhteystietojen muutoksista. Ulkoiseksi laatutavoitteeksi asetettiin selkeä ja tiivis kokonaisuus, joka on yhteneväinen toimeksiantajan muun ohjausmateriaalin kanssa. Kun ohjeen ulkoasu noudattaa organisaation visuaalista linjaa, on ohje yhteneväinen organisaation muiden painotuotteiden kanssa, ohje tunnistetaan organisaatioon kuuluvaksi ja tuotetta on helppo käyttää (Jämsä & Manninen 2000, 57; Torkkola ym. 2002, 55).

3 FYSIOTERAPIA OSANA KIPUPOTILAAN HOITOA

3.1 Palveluohjaus osana hoitoprosessia

Prosessi on vaiheista koostuva tapahtumasarja, jossa määritellään mitä tehdään ensin ja mitä seuraavaksi, kunnes päädytään työn valmistumiseen (Pesonen 2007, 129). Käynnistyäkseen prosessi tarvitsee herätteen, josta seuraa tuloksen tuottavaa toimintaa (Alkula 2007, 15). Lähtökohta prosessin kuvaamisessa on määrittää, kenelle tuotetta tai palvelua luodaan, ja mitä tuotteella halutaan asiakkaan näkökulmasta saada aikaan. Hyvä prosessi koostuu yleiskuvauksesta, vuokaaviomuotoisesta prosessikaaviosta sekä vaihekohtaisista prosessikuvauksista, joissa avataan tarkemmin jokaisen prosessikaavion vaiheen sisältö. Yleiskuvauksen tarkoituksena on selkiyttää prosessin perustietoja eli määritellä muun muassa prosessin tarkoitus, asiakasryhmä, toivomukset/vaatimukset, resurssit, vastuut ja mittarit. Prosessin arvioinnissa katsotaan, onko saatu aikaan se mitä asiakas odotti eli arvioidaan asiakastytytyväisyyden saavuttamista. (Pesonen 2007, 129, 144-146.)

Terveysthuollossa esiintyviä prosesseja on muun muassa hoitoprosessit, tietoprosessit, potilashallinnon prosessit ja muut organisaation toimintaa tukevat prosessit. Näistä hoitoprosessi nähdään terveydenhuollon ydinprosessina, jota muut prosessit toiminnallaan tukevat. (Alkula 2007, 15.) Myös palveluohjaus on yksi potilaiden hoitoa tukevista prosesseista. Palveluohjauksessa määritetään asiakkaan palveluntarve ja yksilölliset voimavarat, minkä perusteella pyritään löytämään tarkoituksenmukaiset palvelut ja tukimuodot. Palveluohjaus on asiakaslähtöistä toimintaa, jossa korostetaan potilaan osallistumista ja jonka tavoitteena on potilaan itsenäisen elämän tukeminen. Erityisesti niiden potilaiden kohdalla, joiden palvelutarve on pitkäaikainen ja monimutkainen, korostuu palveluohjauksen merkitys. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä tapahtuneiden muutosten, yhteiskunnallisten rakennemuutosten sekä sosiaaliturvalainsäädännön monimutkaisuuden myötä on palveluohjaukseen alettu kiinnittämään koko ajan enemmän huomiota. (Hänninen 2007, 11.)

Terveystalan tehostumiseen pyrkivät muutokset, kuten hoitoaikojen lyhentyminen, avohoidon painotuksen vahvistuminen sekä epäsuhta palvelujen tarpeen ja tarjonnan välillä, korostavat potilaiden ohjauksen tärkeyttä. Erityisesti hoitoaikojen lyhentyminen lisää potilasohjauksen merkitystä ja

asettaa vaatimuksen suoriutua potilasohjauksesta lyhyemmässä ajassa. (Lipponen 2014, 17.) Onnistuneen ohjauksen seuraukset näkyvät resurssien turhan käytön vähentymisenä sekä uusiutuvien yhteydenottojen karsiutumisena. Onnistunut asiantuntijan ja asiakkaan välinen kohtaaminen lisää asiakkaan tyytyväisyyttä sekä luo asiakkaalle kokemuksen kohdatuksi tulemisesta. Myönteinen ohjauskokemus edistää myös asiakkaan sitoutumista ja henkilökunnan motivaatiota. (Sukula 2002, 23.) Myös laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää potilaan saavan tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista seikoista, joilla on merkitystä tehtäessä päätöksiä potilaan hoidosta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2. 5§).

3.2 Fysioterapiaprosessi kipupotilaan hoidossa

Fysioterapeuteilta löytyy osaamista hyödyntää erilaisia toimintatapoja ohjata ja tukea kroonisia kipupotilaita kohti parempaa elämänlaatua sekä auttaa potilaita ymmärtämään ja hallitsemaan kipuaan. Keskeisiä fysioterapeutin toimintatapoja on potilaiden voimaantumisen tukeminen, kouluttaminen kivun ilmiöstä sekä neuvojen antaminen liikunnasta ja aktiivisuudesta toimintakyvyn edistämiseksi. (Semmons 2019, 440.) Fysioterapiaprosessin käynnistäjänä toimii yksilön, ryhmän tai yhteisön tarve. Prosessi on tapahtumien sarja, joka etenee dynaamisesti sisältäen fysioterapeuttisen tutkimuksen ja terapian suunnittelun, toteutuksen sekä arvioinnin. Prosessissa huomioidaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät sekä panostetaan hyvään vuorovaikutukseen asiakkaan, hänen lähipiirinsä sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Fysioterapeuttisella tutkimuksella pyritään kuvaamaan asiakkaan toimintakyky hyödyntäen keskeisimpiä menetelmiä eli haastattelua, havainnointia, manuaalista tutkimista ja mittaamista. Toimintakyvyn arvioinnissa käytettävät tutkimusmenetelmät, mittarit ja testistöt valitaan asiakaskohtaisesti huomioiden niiden tarkoituksenmukaisuus, herkkyys, näyttöön perustuvuus ja kulttuurillinen soveltuvuus. Kliinisen päättelyn ja tutkimustulosten pohjalta laaditaan asiakkaan toimintakykyä ja – rajoitteita kuvaava fysioterapeuttinen diagnoosi. Diagnoosi, samoin kun fysioterapeuttiset tavoitteet, asetetaan yhdessä asiakkaan kanssa ja ne toimivat pohjana yksilölliselle kuntoutussuunnitelmalle sekä ohjaavat sopivien kuntoutusinterventioiden valintaa. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 6, 14-15.)

Fysioterapiaprosessi vaatii fysioterapeutilta monipuolista tietojen ja taitojen yhdistämiseen pohjautuvaa kliinistä päättelyä (Suomen Fysioterapeutit 2016, 6). Fysioterapeutin ammatillinen osaami-

nen onkin laaja kokonaisuus, joka pitää sisällään tutkimus- ja arviointiosaamisen, ohjaus- ja neuvontaosaamisen ja terapiaosaamisen. Lisäksi fysioterapeutilta vaaditaan teknologiaosaamista, eettistä osaamista, yhteiskuntaosaamista sekä esteettömyys- ja saavutettavuusosaamista, jotka toteutuvat yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 13.) Fysioterapiassa valmiita ja selkeitä vastauksia ei useinkaan ole olemassa, minkä ammattilainen voi kokea epämukavana. Myötätuntoisen terapiasuhteen ja vuorovaikutuksen syntymiseksi tulee myös terapeutilta pystyä mukautumaan ”harmaalla alueella” toimimiseen. Fysioterapeutilta vaaditaan kehon tuntemuksen lisäksi tahdikkuutta ja herkkyyttä sekä reaaliaikaista kykyä improvisoida ja sopeutua. (Chowdhury & Bjorbækmo 2017, 558.) Samalla fysioterapeuteilla on vastuu käyttää menetelmiä, jotka perustuvat parhaaseen saatavilla olevaan näyttöön (World Confederation for Physical Therapy 2017, viitattu 25.11.2019). Fysioterapeuttien maailmanjärjestö kuvaa näyttöön perustuvan toiminnan parhaan mahdollisen tutkimusnäytön, klinisen kokemuksen sekä asiakkaan uskomusten ja arvojen yhdistelmäksi, jonka tulee ohjata potilaiden hoitoa. Tieteellisen näytön lisäksi fysioterapeutilta tulee kerätä asiakkaasta tietoa (tutkimustulokset, asiakkaan vakaumukset, mieltymykset) jokaisen vuorovaikutustilanteen yhteydessä, jotta päätöksenteon tueksi saadaan näyttöön perustuvaa tietoa myös asiakkaasta. (World Confederation for Physical Therapy 2003, viitattu 28.9.2019.) Näyttöön perustuvan toiminnan edistämiseksi on Fysioterapeuttien maailmanjärjestö asettanut standardit fysioterapiakäytäntöjen kehittämiseen (Suomen Fysioterapeutit 2019b, viitattu 25.11.2019).

3.3 Krooninen kipu

Krooninen kipu ilmiönä

Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen määritelmän mukaan kivulla tarkoitetaan suoraan käännettynä ”epämiellyttävää sensorista tai emotionaalista kokemusta, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosisvaurio, tai jota kuvataan samalla tavalla” (International Association for the Study of Pain 2017, viitattu 7.4.2019). Kivun katsotaan olevan kroonista, kun se on kestänyt pidempään kuin 3-6 kuukautta tai kun normaali sairauden tai vamman aiheuttaman kudosisvaurion paranemisaika on ylitetty. Suurin osa kroonisista kivuista johtuu tuki- ja liikuntaelimestön sairauksista. Myös neuroopaattinen kipu, erilaiset pään alueen kiputilat sekä idiopaattiset fibromyalgiaan ja toiminnallisiin vatsavaivoihin liittyvät kivut ovat yleisiä kroonisen kivun taustalla. (Haanpää & Vainio 2018, 123-124,

129.) Kun akuutissa kivussa kipu on usein paikallista, kroonisessa kivussa kivuttomien ja kivuliaiden kehon osien raja heikentyy. Kivun kroonistuessa kipukokemukseen vaikuttaa fyysisten vaivojen lisäksi myös psykososiaaliset tekijät, jolloin voidaan puhua moniulotteisesta sairaudesta. Fyysiset poikkeavuudet ovat myös pienemmässä roolissa, kun mietitään syitä kivun kroonistumiselle. Suurempi todennäköisyys altistaa, laukaista ja ylläpitää kroonista kipua, on psyykkisillä riskitekijöillä. (Ojala 2015, 82-83).

Nykykäsityksen mukaan krooninen kipu yhdistetään hermoston ja ääreiskudoksen vaurioihin. Kivun jatkuessa pitkään keskushermostossa tapahtuu muutoksia, mitkä johtavat kipuja käsittelevän aivojen harmaan alueen toiminnallisen tilavuuden supistumiseen ja uusien hermoverkkoja syntymiseen. Vahvistuessaan uudet hermoverkot voivat lisätä kivun kroonistumisen todennäköisyyttä. (Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä 2017, 10.) Kroonisessa kivussa myös hermoston herkkyys lisääntyy. Tällöin hermosignaalit voimistuvat aiheuttaen kipua jopa ilman nosiseptiivista eli kipureseptoreita aktivoivaa ärsykettä. (Wijma, van Wilgen, Meeus & Nijs 2016, 368.) Kipuoireen kokemiseen osallistuu myös tietyt aivojen alueet. Kipuinformaatiota käsittelevien aivojen alueiden muodostama verkosto eli kipumatriisi muodostaa kipukokemuksen yksilöllisen geneettisen alttiuden ja aikaisempien kipukokemusten pohjalta. Lisäksi aivoissa tapahtuvaan kipusignaalien jatkokäsittelyyn vaikuttaa yksilölliset tekijät, kuten stressi, yksilön odotukset sekä yksilön käsitykset kivun merkityksestä. Kipukokemuksessa yhdistyy kivun laatu, voimakkuus ja sijainti sekä kokijan arvio kivun epämiellyttävyydestä ja uhasta itselleen. (Kalso & Kontinen 2018, 70-71.) Krooniseen kipuun liittyvistä tyypillisistä oireista voidaan käyttää termejä hyperalgesia (voimistunut reaktio annettuun ärsykkeeseen) ja allodynia (kivun esiintyminen harmittoman ja normaalisti kivuttoman ärsykeen seurauksesta) (Dickenson 2019, 426). Riippumatta kivun etiologiasta ja patofysiologiasta, on krooninen kipu aina todellista (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015).

Ojala on väitöskirjassaan tutkinut kroonisen kivun kokemusta sitä sairastavien ihmisten näkökulmasta. Tutkimukseen osallistujat kuvasivat kivun rajoittavan ensisijaisesti liikkumista, minkä vuoksi useat olivat joutuneet luopumaan muun muassa liikuntaharrastuksistaan. Kroonisen kivun vuoksi myös unen laatu sekä suhteet lähimmäisiin olivat heikentyneet. (Ojala 2015, 82.) Jos kivun vaikutuksia toimintakykyyn kuvataan kansainvälisen ICF-luokituksen avulla, on kyseessä vieläkin laajempi ilmiö. Luokituksessa kivun vaikutukset toimintakykyyn nähdään kehon toimintojen, suorituksen ja osallistumisen sekä yksilö- ja ympäristötekijöiden muodostamana kokonaisuutena. (Cieza, Stucki, Weigl, Kullmann, Stoll, Kamen, Kostanjsek & Walsh 2004, 65, 67.) Ojalan tutkimuksessa kivun voimakkuuden kuvattiin olevan verrannollinen tunteisiin, jolloin positiiviset tunteet vähensivät

ja negatiiviset tunteet lisäsivät kiputuntemusta. Kiputuntemus ei kuitenkaan yksistään selittänyt kivun kokemusta, vaan kokemukseen vaikutti myös yksilön ajatukset kivusta sekä yksilön kivulle antama arvo elämässään. Kivulle annettu merkitys voi olla kielteinen, myönteinen tai näiden yhdistelmä. Kivulle annettu kielteinen merkitys ilmenee usein ahdistuksena, lisääntyneenä itsetarkkailuna, välttämiskäyttäytymisenä ja pelkona kipua kohtaan. Tällöin kipu nähdään rangaistuksena ja kivun uskotaan johtavan toimintakyvyttömyyteen. Myönteinen merkitys tarkoittaa neutraalia suhtautumista kipuun, jolloin kivun ymmärretään kuuluvan elämään muiden kroonisten sairauksien tavoin. Hyväksyttyään kivun osaksi elämäänsä, tutkimukseen osallistujat kokivat pystyvänsä nauttimaan elämästä myös kivun kanssa. Usein hyväksyminen on pitkä prosessi, jonka onnistumisessa läheisten, ystävien ja vertaisryhmien merkitys on suuri. (Ojala 2015, 83-85.)

Kroonisen kivun yleiset hoitoperiaatteet ja fysioterapian kivunhoitomenetelmät

Kroonisten kipupotilaiden hoitovastuu kuuluu perusterveydenhuollolle, josta tarvittaessa konsultoidaan erikoissairaanhoidoa (Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2019, 26). Pitkäaikaiseen kipuun ei aina löydy parantavaa hoitoa, koska kipua aiheuttavaa sairautta ei voida parantaa tai kivun perussyytä ei tiedetä. Tällöin hoidossa tulee keskittyä kivun lievitykseen sekä kivun seurannaisvaikutusten, kuten kognitiivisten häiriöiden, unettomuuden, liikunnan puutteen sekä masennuksen estoon ja hoitoon. (Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä 2017, 10.) Tämän vuoksi kipu tulee arvioida perusteellisesti, jolloin tulee huomioida kivun voimakkuuden, keston, sijainnin ja tyyppin lisäksi myös muut sairaudet ja lääkitykset sekä psyykkiset tekijät, elämäntavat ja psykososiaalinen tilanne (mm. pelko, huolestuneisuus, voimavarat, päihteiden käyttö). Tärkein osa kivun arviointia on potilaan oma arvio kivustaan. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.) Kokonaisvaltaisesti kivun vaikutuksia toimintakykyyn voidaan kuvata esimerkiksi WHO:n laatiman kansainvälisen ICF-luokituksen avulla. Luokituksessa krooniselle kivulle on oma kuvauslomake, jossa kroonisen kivun vaikutusta toimintakykyyn kuvataan kehon toimintojen (esim. unitoiminnot, tunne-elämäntoiminnot, kipuaistimus), suoritusten ja osallistumisen (käveleminen, työ, kotitaloustöiden tekeminen) ja ympäristötekijöiden (lääkkeet, perhe ja heidän asenteet, terveydenhuollon ammattihenkilö) muodostamana kokonaisuutena. (Cieza ym. 2004, 65.) Luokituksessa toimintakyvyn kuvauksessa huomioidaan myös yksilötekijät (mm. ikä, sukupuoli, elämäntyyli, tavat, koulutus ja ammattitaito), vaikka niitä ei ole laajan kulttuurisen ja sosiaalisen vaihtelun vuoksi luokituksessa eritelty (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019, viitattu 7.12.2019).

Hoitosuosituksen mukaan kroonisen kivunhoidon painopiste tulee olla lääkkeettömissä menetelmissä (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015). Kroonisen kivun hoidon ja kivunhallinnan tukemisen kannalta on moniammatillinen ja potilaslähtöinen lähestymistapa osoittautunut lupaavaksi (Paul-Savoie, Bourgaut, Potvin, Gosselin & Lafrenaye 2018, 1). Kivun moniammatillinen hoito voi sisältää esimerkiksi hoitajan antamaa ohjausta, fysio- tai toimintaterapeuttista ohjausta, psyykkistä tukea sekä neuvoja sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015). Suositeltava ja yleisesti käytössä oleva osa kroonisten kipupotilaiden hoitoa on myös neurotieteellinen koulutus (Pain Neuroscience Education, PNE), jolla pyritään avaamaan kivun neurofysiologiaa ja kivun biopsykososiaalisia vaikutuksia vuorovaikutteisella ja potilaskeskeisellä tavalla (Wijma ym. 2016, 368). Puolestaan kirurgiset ja lääkkeelliset hoidot on todettu vaikeiksi ja tuloksettomiksi kroonisen kivun hoidossa (Wilson, Chaloner, Osborn & Gauntlett-Gilbert 2017, 98). Hoitovaihtoehtoista ja niiden oletetuista hyödyistä sekä mahdollisista haitoista tulee informoida potilasta selkeästi (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015).

Fysioterapian kivunhoitomenetelmiin kuuluu psykofyysisen fysioterapian keinot, kuten hengitys- ja kehotietoisuusharjoitukset, liikeharjoitteet, rentoutusmenetelmät sekä vuorovaikutusta tukevat harjoitteet. Psykofyysisten menetelmien avulla asiakas pystyy vahvistamaan itsetuntemustaan sekä oppimaan stressinhallintaa, rentoutumista ja tasapainottumista. Menetelmät auttavat asiakasta myös arvostamaan omaa kehoaan, oivaltamaan kuinka vaikuttaa kipujen syihin sekä löytämään uusia tapoja liikkua ja kokea. (Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry 2019, viitattu 29.12.2019). Rentoutusharjoituksissa kivun lievittyminen perustuu kipuun liittyvän lihasjännityksen, negatiivisten tunnetilojen ja nukahtamisen helpottumiseen sekä kivunhallinnan tunteen paranemiseen (Suomen Kipu ry 2019, 9). Myös terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen terapia ja fysikaaliset hoidot ovat kivunhoitoon soveltuvia fysioterapian menetelmiä. Terapeuttisen harjoittelun tavoite on vaikuttaa yksilön toimintakykyyn ehkäisemällä ja korjaamalla vajavuuksia kehon toiminnoissa ja rakenteissa. Harjoittelu kohdistuu erityisesti fyysisiin ominaisuuksiin, jolloin keskitytään esimerkiksi lihasvoimaan- ja kestävyYTEEN, nivelten liikkuvuuteen, koordinaatioon, tasapainoon ja motorisiin taitoihin. (Pohjolainen 2018, 242-243.) Esimerkiksi polven nivelrikkoon liittyvässä kivunhoidossa, on terapeuttisesta harjoittelusta tutkittua näyttöä. Kipua lievittävän vaikutuksen saamiseksi tulee terapeuttisen harjoittelun olla jatkuvaa ja säännöllistä - vähintään kolmesti viikossa, puoli tuntia kerrallaan, kolmen kuukauden ajan. (Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia: Hyvä fysioterapia-käytäntö -suositus, 2008.) Manuaalisen terapian kipua lievittävä vaikutus perustuu yksilön fyysisen suorituskyvyn, hermojen, lihasten ja nivelten toimintarajoitteiden poistamiseen (Pohjalainen 2018,

245). Terapialla pyritään korjaamaan kivun, alentuneen nivelliikkuvuuden tai heikentyneen liikehallinnan aiheuttamat muutokset lihas-, hermo-, fascia- ja/tai nivelrakenteissa ja palauttamaan rakenteiden toiminta jälleen optimaaliseksi (Suomen Fysioterapeutit 2016, 18). Menetelminä manuaalisessa terapiassa käytetään lihaskalvojen ja lihasten käsittelyä, neuraalikudoksen mobilisointia sekä raajojen nivelten ja selkärangan nikamien mobilisaatiota ja manipulaatiota (Savolainen & Partia 2018, 15). Vasteen saavuttamiseksi manuaalinen terapia tulee yhdistää terapeuttiseen harjoitteluun, liikuntaneuvontaan tai kotiharjoitteisiin. Myös fysikaalisia hoitoja käytetään usein terapeuttisen harjoittelun sekä manuaalisen terapian esi- ja tukihoitoina. Keskeisimpiä fysikaalisia hoitomuotoja ovat termiset hoidot eli kylmä-, pinta- ja syvälämpöhoidot, sähköhoidot ja akupunktio. Nämä mekaanista energiaa, lämpöä, valoa ja sähköä hyödyntävät menetelmät lievittävät kipua, tulehdusta ja turvotusta, parantavat aineenvaihduntaa sekä venyttävät ja rentouttavat pehmytkudosta. (Pohjolainen 2018, 246-247.) Sähköhoitoin kuuluu TENS-hoitoa eli transkutaanista sähköistä hermostimulaatiota voidaan hyödyntää esimerkiksi kroonisen alaselkävien hoidossa (Alaselkäkipu: Käypä hoito -suositus, 2017). Hoito toteutetaan erillisellä laitteella, missä lähelle kipualuetta kiinnitettävien elektrodien kautta kulkeva sähkövirta estää kipuviestin kulkeutumisen aivoihin (Suomen Kipu ry 2019, 13).

Fysioterapeutin ydinosaamiseen sisältyvä ohjaus- ja neuvontaosaaminen kuuluu myös suositusten mukaisiin kivunhoidon periaatteisiin ja menetelmiin (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015). Yleisesti ohjaus-käsite on kehittynyt ajan ja käytön myötä, eikä edelleenkään voida sanoa ohjauksen olevan määritelmältään kypsä tai selkeä eikä sen käyttö ole eri toimijoiden välillä johdonmukaista. Käsitteelle ohjaus löytyykin useita synonyymeja, kuten opetus, tiedon antaminen ja neuvonta. (Kääriäinen 2007, 27, 29.) Hoitotyössä ohjaus-käsite eroaa synonyymeistaan sen suunnitelmallinen rakenteen sekä potilaan aktiivista roolia korostavan lähestymistavan vuoksi. Henkilökunnan tehtävä on tukea potilaan päätöksiä antamatta niihin suoraan valmiita vastauksia. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.) Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla edistetään asiakkaan toimintakykyä ja terveyttä. Ohjauksessa hyödynnetään erilaisia manuaalisia, verbaalisia ja digitaalisia menetelmiä sekä huomioidaan asiakas, asiakkaan lähipiiri sekä mahdolliset muut sidosryhmät ja terveydenhuoltoalan ammattilaiset. Fysioterapeutti tukee asiakasta ohjaamaan voimavaroja tavoitteidensa saavuttamiseksi ja miettii asiakkaan kanssa erilaisia ratkaisuja asiakkaan tilanteeseen. Ohjauksessa hyödynnetään näyttöön perustuvaa tietoa fysioterapian vaikuttavuuden saavuttamiseksi. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 16.) Tiedollisen ja käytännön tuen lisäksi potilasohjauksen tarkoituksiin kuuluu potilaan emotionaalinen tukeminen osoittamalla arvos-

tusta ja välittämistä. Ohjauksessa tulee auttaa potilasta ymmärtämään ja arvioimaan omaa tilannettaan sekä rohkaista potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. (Kyngäs ym. 2007, 42.) Henkilöstöltä potilasohjaus vaatii ammatilliseen vastuuseen kuuluvia ohjausvalmiuksia (tiedot, taidot, asenteet), hyviä vuorovaikutustaitoja, tietoa ohjattavista asioista sekä ammattitaitoa hyödyntää ohjauksen eri menetelmiä (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 122). Ohjauksessa ja tiedon antamisessa voidaan hyödyntää myös motivoivaa haastattelua (Veijola, Honkanen & Lappalainen 2015, 41). Motivoiva haastattelu on tieteellisesti testattu ohjausmenetelmä, joka on osoittautunut hyödylliseksi tavoiteltaessa muutoksia elämäntapa- ja terveyskäyttäytymisessä (Rubak, Sandbæk, Lauritzen & Christensen 2005, 305). Menetelmän mukaan ohjauksen ei tule tapahtua ylhäältäpäin eli ns. asiantuntijatietona, vaan dialogissa potilaan kanssa. Dialogisuus mahdollistaa hahmottamaan asiakkaan tiedon tarpeen, asiakkaan tiedon tason ja tiedon ymmärtämisen. Tällöin työntekijä tiedostaa, miten tietoa ja ohjausta tulisi asiakkaalle antaa, jotta ohjauksesta ei tule asiakkaan tilanteesta irrallista. Muuten asiakas ei koe ohjausta omassa tilanteessaan sopivaksi eikä hyödyttäväksi ja voi asettua vastarintaan. (Veijola ym. 2015, 41.)

Potilasohjauksessa on myös tärkeää huomioida, missä muutosvalmiuden vaiheessa asiakas kohtaamisen hetkellä on. Esiharkintavaiheessa asiakas on usein vastusteleva ja puolustautuva. (Wijma ym. 2016, 379.) Tällöin asiakkaalla ei ole aikomusta muuttaa toimintaansa, ja hän kokee kaiken muutokseen liittyvän viestinnän painostamisena. Esiharkintavaiheessa asiakas voi näyttäytyä haluttomana, jolloin ammattilainen voi virheellisesti määritellä asiakkaan motivoitumattomaksi. Kysymyksiä esittämällä ammattilainen auttaa asiakasta tiedostamaan kuntoutumiseen vaikuttavat tekijät, tunnistamaan oman toimintansa vaikutukset sekä ajattelemaan muutoksen mahdollisuutta. Harkintavaiheessa asiakas ei ole ryhtynyt muutokseen, mutta on tietoinen muutoksen tarpeellisuudesta ja on aikeissa muuttaa toimintaansa lähitulevaisuudessa. Tällöin ammattilaisen tulee ohjata asiakasta arvioimaan muutoksen etuja ja haittoja vallitsevan ristiriitatilanteen ratkaisemiseksi. Valmistautumisvaiheessa asiakas näkee muutoksen edut jo suurempana kuin haitat, ja hän tarkastelee erilaisia mahdollisuuksia muuttaa toimintaansa. Ammattilaisen tulee tällöin tarjota erilaisia vaihtoehtoja tavoitteiden saavuttamista tukevista toimintatavoista sekä auttaa asiakasta tekemään ratkaisuja ja asettamaan tavoitteita. (Veijola ym. 2015, 38.) Tässä vaiheessa asiakas hyötyy ammattilaisen kokemuksesta ja valmentajamaisesta otteesta (Wijma ym. 2016, 379). Toimintavaiheessa asiakas toteuttaa aktiivisesti muutosta ja toiminta on ulkopuoliselkin näkyvää. Tähän vaiheeseen voi kuulua myös repsahduksia ja askeleita taaksepäin. Ammattilaisen tuleekin keskustella näistä asiakkaan kanssa sekä auttaa asiakasta valmistautumaan niihin etukäteen. Ylläpitovaiheessa asiakas tekee töitä muutoksen vahvistumisen ja vakiintumisen

edistämiseksi. Ammattilaisen tehtävä on tällöin ohjata asiakasta harjoittelemaan käytännön taitoja, pohtimaan vaihtoehtoisia toimintamalleja ja arvioimaan sitoutumistaan muutokseen. Kun muutos on pysyvän muutoksen vaiheessa ei repsahduksen riski ole enää merkittävä. Tässä vaiheessa asiakkaan aktiivisuutta ja voimavaroja on tärkeää tukea. (Veijola ym. 2015, 39.)

Ammattilaisten suhtautumisella potilaiden kipuun on todettu olevan vaikutusta potilaiden kykyyn tulla toimeen kipunsa kanssa. Ammattilainen onkin potilaan näkökulmasta tärkeässä roolissa varmistamassa, että yksilöä uskotaan hoidon aikana, tieto potilaan kivusta välittyy eri ammattiryhmien välillä ja hoito toteutuu potilaan etua tavoitellen. (Howarth, Warne & Haigh 2014, 347.) Kuten Paul-Savoie ym. ovat tutkimuksessaan todenneet, myös potilaan kivun ilmentyminen vaikuttaa terveydenhuollon ammattilaisten tapaan kohdata krooninen kipupotilas – hoito on merkittävästi potilaslähtöisempää, kun potilaan kipu ja kivun ilmaisu on näkyvää. Asian huomioiminen korostuu työskenneltäessä kroonisten kipupotilaiden kanssa, sillä heillä pitkään jatkuneen oireilun vuoksi kipu ei välttämättä ulkoisesti ole voimakasta (2018,1, 6). Kroonisen kivun olemassaolon ymmärtäminen voikin olla vaikeaa, koska sen tehtävää ei tiedetä (Ojala 2015, 82). Potilaan kipu tulee siis tunnustaa ja diagnoosi kertoa selkeästi. Niin kauan, kun potilaan oireelle ei ole nimeä eikä sitä ole terveydenhuollon ammattilaisten osalta tunnustettu, jää vaikutelma, että kipu on potilaalla ”korvien välissä” tai kipu on kuviteltua. (Wijma ym. 2016, 378). Kivun näkymättömyys ja subjektiivisuus vahingoittaa minäkuvan eheyttä ja pahentaa haavoittuvuuden tunnetta (Howarth ym. 2014, 341). Potilaan oirekuvan nimeäminen krooniseksi kivuksi ja sen perusteellinen kuvaaminen potilaalle, on usein ensimmäinen askel kohti potilaan kivunhallinnan kokemusta ja kivun hyväksymistä osaksi elämää (Wijma ym. 2016, 378). Väitöskirjassaan Ojala vertaa kipua ajatuksiin – ajatuksiakaan emme pysty näkemään, mutta se ei tarkoita, etteikö ihminen ajattelisi (2015, 84).

Kroonisen kivun yhteiskunnallinen merkitys

Krooninen kipu aiheuttaa merkittäviä suoria ja välillisiä yhteiskunnallisia kustannuksia (Vartiainen 2018, 35). Esimerkiksi Suomessa perusterveydenhuollon päivystykseen hakeutuvista potilaista 40%:lla tulossyyinä on kipu ja 20%:lla kyseisestä potilasryhmästä kipu oli kestänyt yli kuusi kuukautta (Mäntyselkä ym. 2001, 175). Kroonisen kivun kanssa esiintyvä masentunut mieliala, kipuun liittyvä vamma ja sosioekonomiset tekijät, ovat merkittävimpiä terveydenhuollon palveluiden piiriin hakeutumista lisääviä tekijöitä (Vartiainen 2018, 35). Välilliset kustannukset, jotka muodostavat selkeästi suurimman osan kivun aiheuttamista kokonaiskustannuksista, perustuvat puolestaan työkyvyttö-

myyseläkkeistä, sairauslomista, työssä poisolosta ja toimintakyvyn heikentymisestä syntyviin menoihin. Esimerkiksi vuonna 2013 Suomessa tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttivat sairauspäivärahakustannuksia 294,6 miljoonaa euroa. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2015.) Kroonisesta kivusta aiheutuvat välilliset kustannukset ovat myös yksi peruste kroonisten kipupotilaiden kuntoutuksen kokonaisvaltaisuudella. Vain kokonaisvaltaisella kipupotilaiden kuntoutuksella, pelkän kivun lievityksen sijaan, voidaan päästä kustannustehokkaaseen lopputulokseen. (Breivik, Eisenberg & O'Brien 2013,10.)

3.4 Kustannustietoisuus sosiaali- ja terveysalalla

Tulevaisuudessa terveydenhuollon kustannukset tulevat kasvamaan johtuen suurten ikäryhmien ikääntymisestä sekä kansansairauksien yleistymisestä. Samaan aikaan jatkuvasti kasvava pula osaavasta henkilöstöstä ja rahoituksesta muodostaa paineen keksiä uusia, resurssitehokkaita innovaatioita, terveydenhuollon toimintoihin. Yhtenä ratkaisuna nähdään Lean-ajattelu, jolla tarkoitetaan potilasvirtausta ja keskeisten prosessien sujuvuutta korostavaa toimintastrategiaa. Potilaiden kohdalla mallin tavoite on vähentää jonotusta sekä parantaa hoitoprosessien laatua ja työntekijöiden kohdalla hyödyntää omaa osaamista paremmin. Lean-ajattelu lisää työhyvinvointia, sillä tehostuneiden työprosessien avulla vapautuu enemmän työaika potilastyöhön käytettäväksi. Kokonaisuudessaan Lean-ajattelu tekee työprosesseista turvallisempia, tehokkaampia ja työtä paremmin tukevia. (Reijula, Ruohomäki, Lahtinen, Aalto, Reijula & Reijula. 2017, 3,15-16.)

Kustannustietoisuus näkyy sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden päivittäisissä tehtävissä ja päätöksenteossa. Potilastyö terveydenhuollossa on usein itsenäistä ja potilastyöhön kohdistuvat resurssit pienet, mikä aiheuttaa ristiriitaisuutta työhön liittyvien vaatimusten sekä työn tekemisen mahdollisuuksien välillä (Suonsivu 2003, 109). Esimerkiksi fysioterapian ydinosaamisen kuvauksessa edellytetään tuotettavilta palveluilta laatuvaatimusten täyttymistä. Palveluiden tulee olla asiakkaan kannalta merkityksellisiä ja vaikuttavia sekä samanaikaisesti kustannustehokkaita. (Suomen Fysioterapeutit 2016, 20.) Jotta kustannustietoista ajattelua voidaan edistää sosiaali- ja terveydenhuollossa, tulisi aiheen koulutusta lisätä. Tuloksellinen koulutus edellyttää kustannustietoisuuden harjoittelua käytännössä, kustannustietoisuuteen kannustavaa ympäristöä sekä avointa tiedonsiirtoa terveydenhuollon yleisimmistä kuluista ja hinnoista. (Stammen, Stalmeijer, Paternotte, Oudkerk Pool, Driessen, Scheele & Stassen 2015, 2398.)

Tutkimus kustannustietoisuudesta sveitsiläisten lääkäreiden keskuudessa osoitti, että suurin osa lääkäreistä näkee kustannusten hallinnan kuuluvan myös heidän vastuulleen. Esimerkiksi tarpeettomien tutkimusten rajoittamisessa, heidän tulisi ottaa merkittävämpi rooli. Tutkimuksessa suuri osa (69%) lääkäreistä kumosi väitteen, jonka mukaan lääkärin kiire olisi este kustannustietoiselle ajattelulle. (Bovier, Martin, & Perneger 2005, 1.) Kustannustietoisesta ajattelusta on todettu olevan myös erilainen työssä olevien lääkäreiden sekä vielä opiskelevien lääkäreiden välillä. Opiskeluvaiheessa ajatellaan, että hoitopäätöksiä tehtäessä ja hoidon interventioita valittaessa tulisi huomioida myös niiden aiheuttamat kustannukset yhteiskunnalle. Jo työssä olevien lääkäreiden keskuudessa oli yleisempää ajatella, että vaatimus pitää potilaan hyvinvointi ensisijaisena ja samalla toimia kustannustehokkaasti on epäreilu. Kokeneemmat lääkärit näkivät kustannustietoisesta hoidosta heikentävän potilaiden luottamusta lääkäreihin. (Hunderfund, Dyrbye, Starr, Mandrekar, Tilburt, George, Baxley, Gonzalo, Moriates, Goold, Carney, Miller, Grethlein, Fancher, Wynia & Reed 2018, 4.) Käsiteltäessä kustannustietoisuutta terveydenhuollossa tulee väistämättä vastaan priorisoinnin käsite. Terveyspalvelujen kehittymisen myötä hoitomahdollisuudet lisääntyvät, samalla kun väestön ja ammattilaisten odotukset kasvavat. Odotusten kasvu tapahtuu nopeammin kuin terveydenhuollon voimavarojen lisääntyminen, jolloin kohtuuden rajojen miettiminen eli priorisointi on väistämätöntä. Runsaiden terveydenhuollon voimavarojen kohdentamisella ei voida kuitenkaan saavuttaa rajattomasti lisää terveyttä. (Lammintakanen, Kinnunen & Kylmä 2006, 124.)

4 KIPUPOTILAAN OHJAUSPROSESSIN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Kun lähdetään mallintamaan uutta toimintatapaa ja prosessia kipupotilaiden ohjaukseen, tulee painostaa ohjeiden muotoiluun. Ohjeita laadittaessa tulee kiinnittää huomiota sekä ohjeen viestintään, sisältöön että ulkoasuun. Tekstin ymmärrettävyyden kannalta on suositeltavaa käyttää havainnollistavaa yleiskieltä ja kiinnittää huomiota tekstin oikeakielisyyteen sekä lauseiden pituuteen ja rakenteeseen. Pitkistä virkkeistä syy- ja seuraussuhteiden erottaminen on vaikeaa ja keskeiset asiat peittyvät runsaan informaation alle. Myös tarpeettomat lyhenteet ja vierasperäiset ammattisanat heikentävät ohjeen ymmärrettävyyttä. Ohjeen viestinnässä tekijä tulee ilmaista aktiivisesti, jotta lukija ei joudu arvailemaan kuka tekee ja mitä. Hyvästä ohjeesta löytyy tekijä- ja päivytystiedot, joista käy ilmi kuka ohjeen on tehnyt ja milloin ohje on viimeksi päivitetty. Kyseiset tiedot ovat tärkeitä mallin mahdollista muokkausta varten, sillä ohjeen toimivuus arvioidaan vasta käytännön työssä. (Torkkola ym. 2002, 35, 42, 45-49, 51-53.) Ohjeen käyttöä tukee myös tiedon alkuperän merkitseminen lähdeviiteillä, jolloin lukijalla on mahdollisuus hakea lisätietoa asiasta (Parkkunen ym. 2001, 12). Lukijan sitoutumiseen käyttää tuotetta voidaan vaikuttaa myös tuotteen ulkoasuun kohdistuvilla ratkaisulla. Aistikanavien kautta saatu informaatio esimerkiksi tuotteen väristä tai muodosta herättää lukijan kiinnostuksen sekä ohjaa lukijaa muodostamaan itselleen ensikäsityksen kyseisestä tuotteesta. Jos aistien kautta lukijalle muodostuu tuotteesta myönteinen käsitys, edistää se omalta osalta lukijan sitoutumista tuotteen käyttöön ja tuotteen päämäärien saavuttamiseen. (Jämsä & Manninen 2000, 103-104.) Kun ohjeen ulkoasu noudattaa organisaation visuaalista linjaa, on ohje yhteneväinen organisaation muiden painotuotteiden kanssa, ohje tunnistetaan organisaatioon kuuluvaksi ja tuotetta on helppo käyttää (Jämsä & Manninen 2000, 57; Torkkola ym. 2002, 55).

4.1 Kipupotilaan ohjausprosessin sisällön suunnittelu ja toteutus

Prosessimallin suunnittelu käynnistyi perehtymällä kroonisen kivun ilmiöön prosessimallin taustalla. Perehtyminen alkoi tiedonhaulla, joka keskitettiin prosessimallin sisällön ja tarkoituksen kannalta tarpeelliseen tietoperustaan. Tiedonhaussa hyödynnettiin useampia eri tietokantoja (mm. PubMed, Elsevier, BioMed Central) ja hakusanoja (mm. chronic pain, physiotherapy, cost effectiveness, treatment process, patient guidance), joiden avulla löydettiin tietoa kirjojen, tutkimusartikkelien, väitöskirjojen ja muiden tieteellisten julkaisujen sekä internet-sivustojen muodossa. Sisältöä

suunnitellessa perehdyttiin myös kahteen olemassa olevaan malliin kroonisten kipupotilaiden kohtaamisesta. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvaelukuntayhtymä Soitella on käytössä kroonisen kivun kuntoutukseen moniammatillinen ja pitkäkestoinen kipupotilaan yksilöllinen valmentautumisjakso, joka pyrkii ohjaamaan potilasta parempaan elämänlaatuun ja vointiin kivun kanssa (Soite 2019, viitattu 16.10.2019). Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalvaeluiriissä kroonisten kipupotilaiden hoitoa koordinoi puolestaan kipupoliklinikka (Eksote 2019, viitattu 16.10.2019). Puhelinhaastatteluissa edellä mainittujen sairaanhoitopiirien kipuhoitajien kanssa, keskusteltiin käytössä olevien toimintamallien tarkemmasta sisällöstä, mallien todetuista hyödyistä sekä mahdollisista puutteista ja kehityskohteista. Merkittävässä osassa prosessimallin suunnittelua oli myös yhteiset tapaamiset ja yhteydenpito tilaajan edustajien kanssa. Suunnittelua määritteli vahvasti huhtikuussa 2019 julkaistu Oulun yliopistollisen sairaalan anestesiologien laatima *Krooninen kipupotilas OYS:n osastoilla ja päivystyksessä* -ohje. Myös Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hankkeesta *Yhtenäisen kivunarvioinnin ja –hoidon mallin kehittäminen PPSHP:ssä* laadittua raporttia hyödynnettiin sekä lähteenä että prosessimallin sisällön suunnittelussa. Prosessimallin sisältöä suunnitellessa pidettiin painopiste fysioterapeutin osuudessa, koska prosessimallin tarkoituksena ei ollut perehtyä kroonisten kipupotilaiden muuhun hoitoon, kuten lääkehoitoon tai hoitotyöhön. Jotta kroonisten kipupotilaiden hoidon kokonaisvaltaisuus tulee kuitenkin huomioitua, viitataan mallissa myös kyseisiin hoidon osa-alueisiin. Käytettyjen lähdeviitteiden avulla lukija voi perehtyä näihin osa-alueisiin tarkemmin.

Prosessimallin toteutus aloitettiin vuokaavion rakentamisesta hyödyntäen kerättyä taustatietoa. Vuokaavion valmistumisen jälkeen kirjoitettiin tarkemmat prosessikuvaukset, joissa määriteltiin jokaisen vaiheen sisältö ja vaiheen vastuuhenkilö/-henkilöt. Toteutusta ohjasi luvussa 2 asetetut prosessimallin laatutavoitteet (kts. s.9-10), joita hyödynnettiin prosessimallin viestintää, sisältöä ja ulkoasua koskevissa ratkaisuissa. Vaiheiden 1-3 sisältö pohjautuu vahvasti *Krooninen kipupotilas OYS:n osastoilla ja päivystyksessä* -ohjeeseen. Vaiheella 1 kuvataan potilaan saapuminen osastolle sekä perustellaan osastokierteen katkaisemisen, jatkohoidon suunnitelmallisuuden ja sitä kautta koko prosessimallin tärkeyttä. Vaiheen prosessikuvauksessa korostetaan kroonisten kipupotilaiden hoitovastuun kuuluvan perusterveydenhuollolle, jolloin potilaiden ohjautumisen erikoissairaanhoidon vuodeosastoille ei ole tarkoituksenmukaista. Osastojaksosta ei ole todettu myöskään olevan hyötyä, jos ei ole syytä epäillä kivun johtuvan akuutista syystä (Holma & Yli-Olli 2019, 1).

Vaiheen 2 tarkoituksena on määritellä tehtävä- ja vastuujako kroonisen kipupotilaan hoidossa. Potilaan hoitovastuu kuuluu osaston lääkärille ja osaston lääkäri on vastuussa myös jatkohoidon kannalta tarvittavien toimenpiteiden tekemisestä. Vaiheessa 3 esitellään osaston lääkärin mahdollisuus konsultoida anestesiologia. Vaiheen kuvauksessa painotetaan konsultaation olevan vaihtoehto, mutta ei automaatio. Kuvauksessa viitataan myös *Krooninen kipupotilas OYS:n osastoilla ja päivystyksessä* -ohjeeseen, jossa konsultaatioon liittyvät käytänteet on kuvattu tarkemmin. Vaiheen 3 jälkeen vuokaavio etenee kahtena eri runkona. Vaiheesta 4 käynnistyy fysioterapeutin vastaanottotoiminta ja vaihe 5 ohjaa toimintaa tilanteessa, jossa fysioterapeutin vastaanottotoiminta ei ole potilaan kohdalla tarkoituksenmukaista. Koska laadittavan prosessimallin tarkoituksena on fysioterapeutin vastaanottotoiminnan kuvaaminen, vaihe 5 määriteltiin vain yleisesti ja vaiheen prosessikuvauksessa ohjattiin etenemään *Krooninen kipupotilas OYS:n osastoilla ja päivystyksessä* -ohjeen mukaisesti.

Vaiheen 4 tarkoituksena on esitellä prosessimallin keskeisin sisältö eli käynnistynyt kivunhoitoon erikoistuneen fysioterapeutin vastaanottotoiminta- ja konsultaatiomahdollisuus. Vaiheen kuvauksessa avataan nykytilannetta ja osastojen fysioterapeuttien resurssien riittämättömyyttä kroonisten kipupotilaiden kiireettömään kohtaamiseen. Kuvauksessa määritellään, kuka lähetteen fysioterapeutille tarvittaessa tekee, ja miten se käytännössä tapahtuu. Vaiheen 6 tarkoituksena on informoida tarkemmin fysioterapeutin vastaanottotoiminnan käytännön toteutuksesta. Kyseisen vaiheen kuvauksessa sanoitetaan toiminnan tarkoitus ja rakenne, määritetään vastaanottotoiminnan toteuttaja sekä asetetaan aikarajat lähetteeseen vastaamiselle ja potilaan kanssa käytettävälle ajalla. Aikarajat asetettiin niin, että fysioterapeutti pystyy niitä noudattamaan ja hänen resurssinsa antavat siihen mahdollisuuden. Vastaanottotoiminnan rakenteen (kipupotilaan kiireetön kohtaaminen, lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hyödyntäminen sekä jatkohoidon suunnittelu) erittelemisen tarkoituksena oli kertoa yleisesti vastaanottotoiminnasta sekä selkiyttää vastaanottotoimintaa suorittavan fysioterapeutin ja osaston oman fysioterapeutin roolijakoa.

Vaiheissa 7-10 kuvataan fysioterapeutin vastaanottotoiminnan sisältöä ja fysioterapeutin käyttämiä menetelmiä. Vaiheen 7 tarkoituksena on kuvata, mitä potilaan tilanteen kokonaisvaltainen kartoittaminen tässä yhteydessä tarkoittaa. Kuvauksessa tilanteen kartoittamista ja haastattelua avataan ICF-luokituksen sisältöjä hyödyntäen. Vaihe 8 ohjaa etenemistä niissä tapauksissa, kun haastattelun ja fysioterapeuttisen tutkimisen jälkeen ilmenee tarvetta muille kuntouttaville tukitoimille tai hoidolle. Kyseinen vaihe lisättiin malliin, jotta potilaan avuntarve tulee arvioitua uudelleen fysiotera-

peutin toteuttaman tarkemman haastattelun jälkeen. Vaiheeseen 9 on kirjattu esimerkkejä lääkkeettömistä kivunhoitomenetelmistä käyttäen lähteenä *Yhtenäisen kivunarvioinnin ja –hoidon mallin kehittäminen PPSHP:ssä* -hankeraporttia. Kyseisessä kuvauksessa painotetaan myös potilaan minäpystyvyyden lisäämistä ja omien voimavarojen korostamista. Vaiheessa 10 käsitellään konsultaatiovastauksen ja jatkohoitoa koskevan suosituksen kirjoittaminen. Kyseisen vaiheen prosessikuvauksessa määritetään mitä suositus sisältää sekä kerrotaan esimerkin omaisesti minkälainen suositus voisi olla. Vaiheessa painotetaan myös tiedonsiirron tärkeyttä fysioterapeutin ja osaston lääkärin välillä, millä pyritään varmistamaan suosituksen siirtyminen potilasta hoitavan lääkärin tietoon. Vaiheessa 11 esitellään fysioterapeutin mahdollisuus konsultoida anestesiologia suositusta laatiessaan sekä korostetaan yhteistyötä myös osastojen fysioterapeuttien kanssa. Mahdollisuutta haluttiin korostaa moniammatillisen yhteistyö painottamiseksi, joten se kuvattiin omana vaiheenaan.

Vaiheessa 12 ohjeistetaan osaston lääkäriä laatimaan jatkohoidosta suunnitelma ja tekemään tarvittavat lähetteet sekä lausunnot hyödyntäen fysioterapeutin kirjoittamaa suositusta. Kyseisen vaiheen tarkoituksena on täsmentää suunnitelman laatimisen tehtävä- ja vastuujakoa sekä varmentaa suunnitelman tekemistä. Vaiheessa 13 kuvataan potilaan informointi ja ohjeistus. Asia on nostettu esiin omana vaiheenaan, jotta asian tärkeys korostuu ja potilaan informointi tulisi järjestelmällisesti tehtyä. Vaiheen kuvaus ohjaa myös jakamaan hoitopalautteen potilaan terveyskeskukseen *Krooninen kipupotilas OYS:n osastoilla ja päivystyksessä* -ohjeen mukaisesti.

4.2 Kipupotilaan ohjausprosessin ulkoasun suunnittelu ja toteutus

Prosessimallin kaksi osaa, vuokaavio ja prosessikuvaukset, laadittiin erillisiin tiedostoihin Word-tekstinkäsittely ohjelmaa hyödyntäen. Molemmat osat rakennettiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ja OYS:n logoilla varustettuun ohjepohjaan sairaanhoitopiiriin muiden ohjeiden mukaisesti. Vuokaaviossa ja prosessikuvauksissa käytetty fontti sekä värimaailma valittiin sairaanhoitopiiriin tyyliä noudattaen. Vuokaavion viimeisessä vaiheessa käytettiin muista vaiheista poikkeavaa väritystä korostamaan mallilla tavoiteltavaa lopputulosta eli kivun kuntoutuksen suunnitelman valmistumista. Vuokaaviossa vaiheet esiteltiin kuvioina, joissa vaiheen ydinajatus kuvataan tiiviisti. Vaiheet numeroitiin ja yhdistettiin nuolisymboleilla ohjaten vaiheesta toiseen etenemistä. Numerointi toteutettiin symboleilla, jotka toistuivat samanlaisina sekä vuokaaviossa että prosessikuvauk-

sisä. Tarkemmin vaiheiden sisältö on kirjattu prosessikuvauksissa. Koska prosessikuvausten sisällössä hyödynnettiin sairaanhoitopiirin olemassa olevaa materiaalia (*Krooninen kipupotilas OYS:n osastoilla ja päivystyksessä -ohje, Yhtenäisen kivunarvioinnin ja -hoidon mallin kehittäminen PPSHP:ssä* -hankeraportti) kirjattiin tekstiviitteet kuvausten yhteyteen helpottamaan alkuperäisen lähteen hyödyntämistä.

Opinnäytetyöprojektin alussa prosessimallin käyttöoikeuksista sovittiin yhteistyösopimuksella, jossa tilaajalle annettiin tuotteen käyttöoikeudet, sisältäen muunteluoikeuden. Prosessimalli jaettiin tilaajalle tilaajaa edustavan ohjaajan kautta. Tuote jaettiin liitetiedostona Word-muodossa, jolloin tilaajalla on mahdollisuus muokata mallia tarpeen mukaan. Prosessimallin välittäminen eteenpäin henkilöstön käytettäväksi tapahtuu tilaajan koordinoimana.

5 ARVIOINTI

Kuten luvussa 3.1. (kts. s.11) mainitaan, hyvä prosessi edellyttää prosessin **tarkoituksen, kohderyhmän, resurssien, vaatimusten, vastuiden ja mittareiden** määrittämistä. Opinnäytetyönä tuotettua prosessimallia kehitettäessä vaatimusten (viestinnälliset, sisällölliset, ulkoiset), vastuiden eikä mittareiden määrittelyä tehty erikseen, vaan ne sisältyvät prosessimallin **laatutavoitteisiin** (kts. s.9-10). Asetetut laatutavoitteet sekä mainitut hyvän prosessin edellytykset ohjasivat prosessimallin arviointia. Opiskelijan suorittaman arvioinnin lisäksi pyydettiin tilaajalta kirjallinen palaute prosessimallin onnistumisesta. Palautteen annossa tilaajaa edusti fysioterapeutina toimiva opinnäytetyönohjaaja, joka on merkittävässä roolissa myös tilaajan *Yhtenäisen kivunarvioinnin ja –hoidon mallin kehittäminen PPSHP:ssä* -hankkeessa. Palaute kerättiin avoimilla kysymyksillä, jotka pohjautuivat prosessimallille asetettuihin laatutavoitteisiin.

5.1 Kipupotilaan ohjausprosessin arviointi

Opinnäytetyönä kehitetyn prosessimallin **tarkoituksen asettaminen** ja **kohderyhmän rajaaminen** tehtiin mielestäni perusteellisesti. Prosessimallin tarkoitus pohjautuu alun perin anestesiologin esiin nostamiin, osastohoidossa esiintyviin, kroonisten kipupotilaiden hoidon ja ohjauksen puutteisiin. Tarkoituksen täsmentämiseksi tilaaja käsitteli prosessimallin tarvetta myös osastojen 2 ja 10 fysioterapeuttien sekä hoitajien kanssa (kts. s.8). Prosessimallin tarkoitukselle löytyy perusteita myös yleisistä kroonisen kivunhoidon suosituksista. Suosituksista löytyy tukea esimerkiksi lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien hyödyntämiselle kroonisten kipupotilaiden hoidossa (kts s.15-16). Lean-ajattelusta (kts. s.20) löytyy puolestaan tukea prosessimallin tarkoitukselle katkaista potilaiden osastokierre sekä kehittää toiminnan sujuvuutta ja hoitoprosessien laatua. Prosessimallin kohderyhmä määriteltiin tilaajan kanssa jo ensimmäisten tapaamisten yhteydessä. Koska anestesiologin saamat kipukonsultaatiot tulevat pääasiassa osastoilla 2 ja 10, valikoitui prosessimallin kohderyhmäksi kyseisten osastojen krooniset kipupotilaat sekä heitä hoitava henkilökunta. Prosessimalli käynnistää uuden toimintamallin Oulun yliopistollisessa sairaalassa, joten mallin testaamista suppeammalla kohderyhmällä pidettiin perusteltuna.

Prosessimallin edellyttämät **resurssit** huomioitiin vastaanottotoimintaa hoitavan fysioterapeutin osalta tarkasti jo alussa. Prosessikuvaukseen asetettiin aikarajat potilaan vastaanottamiselle lähteen saapumisen jälkeen sekä potilaan kanssa käytettävälle ajalle. Koska fysioterapeutin vastaanottotoiminta käynnistettiin jo ennen prosessimallin valmistumista, pystyttiin potilaan kohtaamiseen kuluvien ajallisten resurssien määrittelyä tarkentamaan prosessimallia kehitettäessä. Fysioterapeutin resurssien määrittelyyn jäi kuitenkin tarkennettavaa, mikä nousi esiin esiteltäessä prosessimalli henkilöstölle. Prosessimallin mukaan fysioterapeutti ottaa läheteellä tulevan potilaan vastaan 1-3 arkipäivän sisällä. Aikaraja voi osoittautua haasteeksi, jos lähete fysioterapeutille tehdään vasta loppuviikosta ja potilas kotiutetaan viikonloppuna. Vastaanottotoimintaa hoitavan fysioterapeutin mahdollisuus ottaa läheteellä tuleva potilas vastaan jo samana päivänä, on kuitenkin hyvin realistinen. Täten fysioterapeutin vastaanottotoiminnan toteutuminen on tässäkin tilanteessa kohtuullisesti turvattu. Prosessimallin vaatimiin resursseihin kuuluu myös kipufysioterapiaan ja kroonisten kipupotilaiden kohtaamiseen liittyvä osaaminen. Resurssi huomioitiin toiminnan käynnistämisen vaiheessa, kun vastaanottotoiminnan toteutukseen haettiin nimettyä henkilöä. Tilaajan sisäisen kyselyn perusteella tehtävään löytyi kivunhoitoon erikoistunut fysioterapeutti osastolta 1. Prosessimallin mukainen toiminta ei edellytä lisäresursseja potilaita hoitavalta lääkäriltä tai osastojen fysioterapeuteilta eikä prosessimalli muuta heidän päivittäistä työaikansa käyttöä. Tämän vuoksi resurssien tarve ja riittävyys arvioitiin vain vastaanottotoiminnasta vastaavan fysioterapeutin osalta. Vastaanottotoimintaan vaadittavat tilat ja välineet löytyvät tilaajalta, joten niihin ei tässä yhteydessä tarvinnut kiinnittää erityistä huomiota.

Jotta saavutetaan laatutavoite **viestinnän selkeydestä**, kiinnitettiin huomiota tekstiin luettavuuteen ja tyyliin. Tekijä ilmaistaan tekstissä aktiivisena toimijana passiivin sijaan, jolloin vastuiden ja tehtävien jako on täsmällinen. Lisäksi teksti kirjoitettiin asiatyylisenä välttämällä liian pitkiä sekä informaatioltaan täysiä lauseita. Myöskään lyhenteitä ei tekstissä käytetty. Tekstiin valittiin muutama yleisesti käytössä oleva vierasperäinen sana (indikaatio, postoperatiivinen) tekstin tiivistämisen kannalta. Koska prosessimalli on ohje henkilökunnalle, ymmärrettävyyden ei nähty kuitenkaan kärsivän kyseisten vierasperäisten sanojen käytöstä. Tilaajalta kerätyn kirjallisen palautteen perusteella prosessimalli on viestinnältään selkeä ja viestinnässä onnistuttiin kiitettävästi kiteyttämään olennainen asia.

Prosessimallin laatutavoitteena oli myös **sisällön loogisuus**, jolloin mallissa ei tule esiintyä ristiriitaisuuksia, päällekkäisyyksiä tai niin sanottuja väliinputoajia. Tavoitteen saavuttamiseksi prosessimallin vaiheet rakennettiin niin, että potilaan ohjaaminen ja jatkohoito tulee suunniteltua potilaan

tilanteesta ja hoidontarpeesta riippumatta. Tällöin mallissa huomioidaan tilanteet, jolloin potilas ohjataan fysioterapeutin vastaanotolle sekä tilanteet, jolloin on tarkoituksenmukaisempaan ohjata potilas muiden kuntouttavien tukitoimien tai hoidon piiriin. Loogisuuden varmistamiseksi perehdyttiin myös sairaanhoitopiirillä jo käytössä oleviin kipupotilaan hoitoa ja ohjausta koskevia ohjeisiin (*Krooninen kipupotilas OYS:n osastoilla ja päivystyksessä -ohje, Yhtenäisen kivunarvioinnin ja –hoidon mallin kehittäminen PPSHP:ssä -hankeraportti*) ja varmistettiin, että prosessimalli on linjassa näiden ohjeiden kanssa. Loogisuuden kannalta mallista tehtiin yhteneväinen myös yleisesti hyväksyttyjen hoitosuosituksen ja tutkimustiedon kanssa. Esimerkiksi fysioterapeutin vastaanottotoiminnan sisällöstä löytyy osa-alueita, kuten potilaan osallistuminen hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun, kokonaisvaltainen perehtyminen potilaan tilanteeseen, moniammatillisuus sekä lääkkeettömien kivunhoitokeinojen ensisijaisuus, jotka sisältyvät kivun Käypähoito-suositukseen. Mallin loogisuuden ja sitä kautta prosessimallin käyttökelpoisuuden varmistamiseksi haastateltiin tilaajaa myös osastojen yleisistä käytänteistä sekä henkilökunnan keskinäisestä viestinnästä. Loogisuuden näkökulmasta prosessimalliin jäi kehitettävää viikonloppuna kotiutuvien potilaiden kohdalla, kuten jo resurssien määrittelyn kohdalla todettiin. Jos potilaasta tehdään lähete fysioterapeutille perjantaina ja potilas kotiutuu viikonloppuna, on potilas mallissa väliinputoaja. Tilaaja näki mallin loogisuuden kuitenkin toteutuneen hyvin ja malli pystyttiin sellaisenaan ottamaan käyttöön sairaanhoitopiiriin toiminnassa.

Jotta prosessimalli saavuttaa tavoitteen **toistettavuudesta** ja henkilöstömuutoksiin mukautumisesta, ei prosessimalliin liitetty puhelinnumeroja, nimiä tai muita yksilöiviä määritelmiä. Toiminnan kannalta oleelliset tahot esitellään prosessimallissa ammattinimikkeillä. Nimikkeitä kuitenkin tarkennettiin (osaston lääkäri, vastaanottotoiminnasta vastaava fysioterapeutti, osaston fysioterapeutti), jotta lukijalle on selvää, kenestä puhutaan ja kenellä on vastuu kyseisen vaiheen sisällöstä. Ainoana nimettynä asiana malliin jätettiin fysioterapeutin sähköisen lähetelaatikon tunnus (*Kuntoutusosasto / Os. 1 fysioterapeutit*) selventämään lähetteen tekoa. Tunnuksen merkitys on toiminnan kannalta kuitenkin vähäinen, joten se ei heikennä mallin toistettavuutta. Prosessimallin toistettavuutta myös tilaaja piti hyvänä. Tilaajan mukaan prosessimalli ei juurikaan edellytä toimijoita sen päivittämiseen ja päivittämistä vaativat asiat jätettiin malliin tilaajan pyynnöstä. Malliin kuitenkin kirjattiin päivitys-, tekijä- ja hyväksyjän tiedot informoimaan mallin alkuperästä, mitä tarvitaan, jos mallia halutaan myöhemmin muokata.

Ulkoiseksi laatutavoitteeksi asetettiin **selkeä ja tiivis** sekä tilaajan muun ohjausmateriaalin kanssa yhtenevä tuote. Vuokaavio laadittiin yhdelle A4-kokoiselle arkille, jolloin kokonaiskuva ja mallin laajuus on nopeasti hahmotettavissa. Selkeyttä lisäämään mallin muodosta tehtiin symmetrinen, jolloin vuokaaviossa olevien kuvakkeiden koko vakioitiin. Myös vuokaavion ja kuvausten yhtenäinen numerointi lisää mallin selkeyttä yhdistäen vuokaavion vaiheen sekä sitä vastaavan kuvauksen toisiinsa. Prosessikuvauksissa ulkoasun selkeys huomioitiin asettamalla teksti pelkistettyyn taulukkoon, jossa vaiheiden väliin jää tyhjää tilaa ja vaiheet eroavat selkeästi toisistaan. Jotta mallin tunnistaa tilaajan ohjausmateriaaliksi, tekstin fontti, prosessimallin värimaailma ja ohjeen pohja valittiin sairaanhoitopiirin muiden julkaisujen mukaan. Tilaajan arvion mukaan tavoite prosessimallin ulkoasun selkeydestä saavutettiin hyvin.

5.2 Opinnäytetyöprojektin arviointi

Välittömänä oppimistavoitteenani oli perehtyä viimeisimpään tutkittuun tietoon kroonisen kivun ilmiöstä. Toisena välittömänä oppimistavoitteenani oli harjoittaa fysioterapeutilta vaadittavaa yhteistyö- ja yhteiskuntaosaamista osallistumalla työelämäyhteistyöhön prosessimallia kehitettäessä sekä hyödyntää tässä opintojen myötä hankittua fysioterapeuttista asiantuntijuutta. Pitkän aikavälin oppimistavoitteenani oli hyödyntää prosessimallin luomisen yhteydessä hankittua tietoa kroonisten kipupotilaiden kohtaamisesta tulevassa ammatissani ja potilastyössä.

Perehdyin kroonisen kivun ilmiöön lukemalla digitaalisia ja painettuja tutkimusraportteja, väitöskirjoja, artikkeleita, julkaistuja hoitosuosituksia sekä kirjoja. Tutustuin laadukkaisiin kroonista kipua käsitteleviin kansainvälisiin ja kotimaisiin internet-sivustoihin (mm. IASP, Duodecim, Suomen kivun-tutkimusyhdistys ry) sekä sivuja ylläpitävien yhdistysten tai järjestöjen muihin julkaisuihin. Kirjallisuuden lisäksi kartutin ymmärrystäni kroonisen kivun ilmiöstä ja erilaisista hoitojärjestelyistä haastatteleamalla Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystaloustieteen tutkimuskeskityksen ja Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystaloustieteen alueella toimivia kipuhoitajia. Opinnäytetyöohjaajiltani sain puolestaan tietoa kroonisten kipupotilaiden hoidosta ja ohjauksesta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Haastattelut antoivat konkreettista käytännön tietoa kroonisten kipupotilaiden hoidon toteutuksen eri vaihtoehdosta ja hoidon sisällöstä. Käytännön tasolla kroonisten kipupotilaiden hoitoon ja ohjaamiseen pääsin tutustumaan opinnäytetyöprojektin aikana suorittamassani työharjoittelussa Oulun yliopistollisen sairaalan osastolla 10. Tärkeässä osassa ymmärrykseni laajentamisessa oli myös opinnäytetyön ohjaajien ja opettajien kanssa käydyt ohjauskeskustelut, mitkä ohjasivat minua ajattelemaan ilmiötä eri näkökulmista.

Opinnäytetyöprojektin aikana tein tiivistä yhteistyötä työn tilaajan kanssa, minkä kautta pääsin tavoitteeseeni työelämäyhteistyön harjoittamisesta. Projektin alkuvaiheessa osallistuin tilaajan työryhmän suunnittelupalaveriin, jossa määriteltiin prosessimallin tarpeellisuus ja tavoitteet. Laadin myös palaverista muistion, jossa konkretisoitui suunnitelmamme kehitettävästä prosessimallista. Suunnittelupalaverin lisäksi kävin opinnäytetyöprojektin aikana noin 5-6 ohjauskeskustelua opinnäytetyöohjaajan kanssa. Ohjausajoilla sain kommentteja tekemästani työstä sekä ohjausta työn kanssa etenemiseen. Osa ohjauksesta tapahtui sähköpostin välityksellä. Yhteistyötä työelämän kanssa pääsin toteuttamaan myös tutkimuslupahakuprosessin kautta. Tutkimuslupan saaminen edellytti tutkimussuunnitelman (opinnäytetyösuunnitelman) lisäksi tutkimuslupahakemuksen, tekijänoikeuslomakkeen ja yhteistyösopimuksen laatimista. Hakemusten kirjoittamisen kautta perehdyin tekijänoikeusasioihin, opin käytännössä, miten ja miksi sopimukset laaditaan sekä mitä yhteistyön edellyttämät kirjalliset sopimukset pitävät sisällän. Työelämäyhteistyötä kehittävaksi koin myös tilaisuuden, jossa esittelin prosessimallin. Tilaisuuteen osallistui Oulun yliopistollisen sairaalan fysiatrian erikoisalan ammattilaisia sekä etäyhteyksien kautta muiden alan yksiköiden ja organisaatioiden henkilökuntaa. Tilaisuudessa sain esitellä prosessimallin alan ammattilaisille, sekä olla osana keskustelua prosessimallin tarpeellisuudesta ja sisällöstä yhdessä työelämän edustajien kanssa.

Työelämän kanssa tehdyssä yhteistyössä sekä prosessimallin laadinnassa pääsin hyödyntämään tähän mennessä hankkimaani fysioterapeuttista osaamistani monipuolisesti. Ymmärrykseni kroonisen kivun ilmiöstä lähti kehittymään fysioterapeuttista tutkimista ja kliinistä päättelyä käsittelevien opintojen kautta. Oppimaani olen päässyt todentamaan opintojeni aikana suorittamissani työharjoitteluissa, joissa kivun ilmiö on ollut toistuvasti läsnä. Tätä harjoitteluissa kokemaani ja näkemääni pystyin hyödyntämään prosessimallia suunnitellessa. Työssäoppimisjaksoilla olen esimerkiksi huomannut, miten suuri merkitys on onnistuneella potilasohjauksella. Jos ohjeet annetaan pelkästään suullisesti tai ohjauksessa käytetään potilaalle vieraita ilmaisuja, voi potilaan olla vaikea muistaa ja ymmärtää ohjeita. Myös ohjeet, jotka annetaan tilanteessa, kun potilas ei ole vastaanottavainen tai ohjeiden antaja ei pysty panostamaan ohjaukseen, ovat heikkoja onnistuneen potilaan ohjauksen näkökulmasta. Kokemusteni perusteella panostin prosessimallissa ohjeiden selkeyteen sekä korostin potilaan informoinnin tärkeyttä.

Tavoitteisiini pääsin mielestäni siis hyvin ja opinnäytetyöprojekti eteni sujuvasti. Opinnäytetyösuunnitelma valmistui suunnitellussa aikataulussa, jolloin sain tutkimuslupahakemuksen lähetettyä ajallaan. Lupaprosessi eteni odotettua hitaammin, mutta se ei hidastanut prosessimallin kehittämistä.

työtä eikä vaikuttanut prosessimallin valmistumisen aikatauluun. Tilaajan kanssa yhteistyö oli onnistunutta ja tiedonvaihto välillämme sujui ilman mainittavia viiveitä. Myös ajan löytäminen yhteisiä tapaamisia varten sujui ongelmitta. Opinnäytetyön suunniteltuun etenemiseen vaikutti merkittävästi se, että tein opinnäytetyön yksin. Pystyin etenemään työn kanssa omassa tahdissani ja sovittamaan muut opinnot sekä oman elämäntilanteen opinnäytetyöprojektin kanssa yhteen. Toinen merkittävä tekijä työn onnistuneeseen etenemiseen oli oma vahva kiinnostus aihetta kohtaan sekä motivaatio tehdä laadukas prosessimalli tilaajan käyttöön. Opintojen aikana kiinnostuin kroonisen kivun ilmiöstä ja näin hyvin tärkeänä asiasta puhumisen sekä työn kroonisten kipupotilaiden kohtaamisen kehittämiseksi. Myös tilaaja oli motivoitunut ohjaamaan ja auttamaan minua prosessimallin kehittämisessä sekä antamaan tarvitsemaani tietoa. Prosessimallin kehittämistyö oli myös kestoltaan sopivan mittainen, joka omalta osaltaan tuki motivaation säilymistä sekä mahdollisti tehokkaan ja laadukkaan työskentelyn.

Haasteellista opinnäytetyöprojektissa oli ajoittain sovittaa opinnäytetyö ja muut opinnot yhteen. Aloitin opinnäytetyöprojektin aikaisemmin, kun opetussuunnitelma ohjaa, minkä vuoksi opintojen päällekkäisyys korostui tässä opinnäytetyöprojektissa. Alkuperäisen suunnitelman mukaan opinnäytetyön oli tarkoitus valmistua vuoden 2019 loppuun mennessä. Projektin edetessä totesimme tilaajan kanssa, ettei opinnäytetyöraportin valmistuminen ole tilaajan kannalta oleellista vaan konkreettisen tuotteen valmistuminen ja käyttöönotto. Prosessimalli valmistuikin jo lokakuussa 2019, joten laadukkaan opinnäytetyöraportin kirjoittamiseksi käytin työhön hieman suunniteltua enemmän aikaa ja pystyin näin muutkin opinnot samalla suunnitellusti suorittamaan. Toinen haaste oli runsas materiaalin määrä kroonisen kivun ilmiöstä, hoidosta ja merkityksestä. Koska aihe on hyvin ajankohtainen, tietoa ja tutkimuksia on paljon. Tämän vuoksi oli haasteellista rajata mihin tietoon on tässä opinnäytetyöprojektissa tärkeää tarttua ja mikä kannattaa jättää tausta-aineistoon. Tässä erityisesti opettajien tuki ja ohjaus laadukkaisiin lähteisiin auttoi rajauksen tekemistä. Vaikka opinnäytetyötä oli sujuvaa tehdä yksin, toi se mukanaan myös joitain haasteita. Välillä tunsin sokeutuvan omalle tekstilleni ja tekemiselleni, jolloin raportin ja prosessimallin kriittinen tarkastelu ja arviointi oli haastavaa. Tässä auttoi jälleen tilaajaa edustavan opinnäytetyöohjaajan, opettajien ja vertaisarvioijan kommentit.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää prosessimalli tukemaan kroonisten kipupotilaiden ohjausta Oulun yliopistollisen sairaalan osastoilla 2 ja 10. Tähän asti krooniset kipupotilaat ovat kivun pahentumisvaiheissa ohjautuneet yhteispäivystyksen kautta kyseisille osastoille, jossa hoitona on pääsääntöisesti ollut kipulääkitys. Osastojaksosta ei ole todettu merkittävää hyötyä potilaiden hoidon kannalta, potilaiden jatkohoidon seuranta on ollut haasteellista ja potilaiden on todettu palaavan osastolle uudestaan. Potilaiden ohjaamiseen kaivattiin yhteisiä käytäntöjä, joten toiminnasta pyydettiin prosessimalli opinnäytetyönä. Prosessimallin tavoitteena oli tukea hoitohenkilökunnan työtä kroonisten kipupotilaiden ohjaamisessa sekä parantaa hoidon tuloksellisuutta kehittämällä potilaiden kohtaamisen kokonaisvaltaisuutta ja lisäämällä lääkkeettömien kivunhoitomenetelmien käyttöä farmakologisten keinojen ohella. Koska fysioterapeutilta löytyy ainutlaatuista osaamista lievittää kipua sekä auttaa potilasta hallitsemaan kipuaan, pohjautuu prosessimalli fysioterapeutin ja lääkärin väliselle yhteistyölle.

Kuten *Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020* esittää, tulisi kroonisen kivunhoidon järjestämisessä panostaa muun muassa työskentelytapojen moniammatillisuuteen, hoitoketjujen toimivuuteen ja hoidon jatkuvuuteen. Yksi toimintasuunnitelmassa esitellyistä keinoista näiden tavoitteiden saavuttamiseksi, on varmistaa pitkäaikaipotilaille hoito- ja kuntoutussuunnitelmat lain edellyttämällä tavalla. Toimintasuunnitelmien kehittämisen tarkeyttä korostaa kroonisten kivun yleisyys, sillä noin joka viides työikäinen suomalainen kärsii kroonisesta kivusta. (Kroonisen ja syöpän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä. 2017, 49-50.) Opinnäytetyönä tuotettu prosessimalli vastaa juuri kyseisiin kehittämisehdotuksiin, jolloin opinnäytetyön aihe on perusteltu ja ajankohtainen. Valtakunnallisen toimintasuunnitelman lisäksi aihe on ajankohtainen myös opinnäytetyön tilaajan toiminnassa. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hanke *Yhtenäisen kivunarvioinnin ja – hoidon mallin kehittäminen PPSHP:ssä* toteutui yhtä aikaa opinnäytetyöprojektin kanssa, jolloin opinnäytetyö on osa tilaajan laajempaa kehittämistyötä. Opinnäytetyön aihe on merkityksellinen sekä työelämälle että henkilökohtaiselle ammatilliselle kehitykselleni fysioterapeutina.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprojekti sujui hyvin. Prosessimalli valmistui ajallaan ja malli päästiin esittelemään tilaajalle alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Opinnäytetyön aihe oli hyvin mieleinen ja minulla oli vahva motivaatio tehdä laadukas tuote tilaajan käyttöön. Motivaatio säilyi läpi

opinnäytetyöprojektin, joka oli suuri voimavara ja vaikutti vahvasti opinnäytetyön onnistumiseen. Opinnäytetyöprojektille asettamani oppimistavoitteet saavutin mielestäni kiitettävästi. Tavoitteeni kroonisen kivun ilmiöön perehtymistä saavutin lukemalla kattavasti aiheen kirjallisuutta sekä keskustelemalla aiheesta sekä tilaajan edustajien että opettajien kanssa. Opinnäytetyöprojektin aikana suorittamassani työharjoittelussa Oulun yliopistollisen sairaalan osastolla 10, pääsin puolestaan kuulemaan kivun kokemuksia potilaiden kertomana. Saavutin myös tavoitteeni fysioterapeutilta vaadittavan yhteistyö- ja yhteiskuntaosaamisen kehittämisestä eri muodoissa toteutuneen työelämäyhteistyön kautta. Opinnäytetyöprojektin aikana esiintyi ajoittain haasteita sovitaa opinnäytetyö muiden opintojen kanssa yhteen, sillä aloitin opinnäytetyön aiemmin kuin opintosuunnitelma ohjaa. Myös runsas tiedon määrä kroonisesta kivusta toi haastetta työn tietoperustan rajaukseen ja aiheen kannalta tarkoituksenmukaisen tiedon valintaan.

Valmistuneeseen prosessimalliin tilaaja oli kokonaisuudessaan tyytyväinen ja malli pystyttiin sellaisenaan ottamaan käyttöön tilaajan toiminnassa. Esittelin prosessimallin tilaisuudessa, johon osallistui etäyhteyksien kautta alan ammattilaisia eri puolilta Suomea. Palaute myös heidän osaltaan oli positiivista ja mallin käytöstä kiinnostuttiin laajasti. Myös omasta mielestäni prosessimalli vastasi hyvin tarkoitustaan ja mallissa keskitytään tilaajan kehittämistarpeisiin. Samaan aikaan prosessimalli on linjassa yleisten hoitosuosittelujen ja tutkitun tiedon kanssa, joten malliin voin olla tyytyväinen. Prosessimallin mukaan fysioterapeutti ottaa potilaan vastaa 1-3 arkipäivän sisällä lähetteen saapumisesta, jolloin prosessimalli ei huomioi niitä potilaita, jotka kotiutuvat viikonlopun aikana. Kyseinen puute heikensi hieman tyytyväisyyttäni malliin ja tilaajan voi olla tarpeellista kiinnittää asiaan jatkossa huomiota. Toisaalta tarvitaan käytännön kokemuksia mallin käytöstä, jotta voidaan sanoa mikä on tämän puutteen todellinen merkitys.

Koska opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteisiin ei sisällynyt tuotteen testausta, on prosessimallin testaus ja arviointi luonteva jatkotutkimusaihe. Aiheellista olisi tutkia prosessimallin käyttökokeuksia henkilöstön näkökulmasta ja prosessimallin hyötyjä potilaiden näkökulmasta. Prosessimalli ohjaa laatimaan kivun kuntoutuksen suunnitelman, mutta suunnitelman toteutuksen koordinointi ja seuranta ohjataan tapahtuvaksi perusterveydenhuollossa. Jatkossa voisikin olla aiheellista tehdä kehittämistyötä vahvistamaan tätä erikoissairaanhoidossa laaditun suunnitelman ja perusterveydenhuollon rajapintaa.

LÄHTEET

Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysioteri yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 8.12.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Alkula, R. 2007. Terveystenhuollon kansallinen tietojärjestelmäarkkitehtuuri - KANTA-jatkomäärittely. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 2007:1834.

Bovier, P., Martin, D. & Perneger, T. 2005. Cost-consciousness among Swiss doctors: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research* 5 (72). Viitattu 26.11.2019, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-5-72>.

Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. 2006. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 10 (4), 287-333. Viitattu 12.1.2020, http://www.nascholingnoord.nl/presentaties/2012_02_02_Breivik_et_al___Survey_of_chronic_pain_in_Europe.pdf.

Breivik, H., Eisenberg, E. & O'Brien, T. 2013. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. *BMC Public Health* 13 (1229). Viitattu 6.9.2019, <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-1229>.

Chowdhury, A. & Bjorbækmo, W.S. 2017. Clinical reasoning—embodied meaning-making in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 33 (7), 550-559. Viitattu 5.9.2019, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09593985.2017.1323360?needAccess=true>.

Cieza, A., Stucki, G., Weigl, M., Kullmann, L., Stoll, T., Kamen, L., Kostanjsek, N. & Walsh, N. 2004. ICF Core Sets for Chronic Widespread Pain. *Journal of Rehabilitation Medicine* 36 (44), 63-68. Viitattu 21.11.2019, <https://www.medicaljournals.se/jrm/content/abstract/10.1080/16501960410016046?ref=search>.

Dickenson, A. 2019. The neurobiology of chronic pain states. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* 20 (8), 426-429. Viitattu 18.7.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1472029919301249>.

Eksote – Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi. 2019. Kipupoliklinikka. Viitattu 16.10.2019, <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/poliklinikat-toimenpideyksikot/kipupoliklinikka/Sivut/default.aspx>.

Haanpää, M. & Vainio A. 2018. Kroonisen kivun epidemiologia ja kustannukset. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) *Kipu*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 122-127.

Hansen, K., McKernan, L., Carter, S., Allen, C. & Wolever, R. 2019. A Replicable and Sustainable Whole Person Care Model for Chronic Pain. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 25 (1), 86-94. Viitattu 10.7.2019, <https://www.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/acm.2018.0420>.

Holma, L. & Yli-Olli, T. 2019. Krooninen kipupotilas OYS:n osastoilla ja päivystyksessä. Oulun yliopistollinen sairaala. Ohje.

Howarth, M., Warne, T. & Haigh, C. 2014. Pain from the Inside: Understanding the Theoretical Underpinning of Person-Centered Care Delivered by Pain Teams. *Pain Management Nursing* 15 (1), 340-348. Viitattu 10.7.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1524904212001907>.

Hunderfund, A., Dyrbye, L., Starr, S., Mandrekar, J., Tilburt, J., George, P., Baxley, E., Gonzalo, J., Moriates, C., Goold, S., Carney, P., Miller, B., Grethlein, S., Fancher, T., Wynia, M. & Reed, D. 2018. Attitudes toward cost-conscious care among U.S. physicians and medical students: analysis of national crosssectional survey data by age and stage of training. *BMC Medical Education* 18 (275). Viitattu 26.11.2019, <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-018-1388-7>.

Hänninen, K. 2007. *Palveluohjaus: Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 10.12.2019, <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75697/R20-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>.

International Association for the Study of Pain. 2017. IASP Terminology. Viitattu 7.4.2019, <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>.

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56-84.

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015 (viitattu 22.4.2019). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

Kroonisen ja syövän aiheuttaman kivun hoidon asiantuntijaryhmä. 2017. Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 11.1.2020, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lamintakanen, J., Kinnunen, J. & Kylmä, J. 2006. Terveystieteiden priorisointi politiikkaprosessina ja käsitteenä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43 (2), 124-133. Viitattu 10.7.2019, <https://journal.fi/sla/article/view/1909>.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti* 45 (2), 121-135. Viitattu 26.11.2019, <https://journal.fi/sla/article/view/597>.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 17.11.2019, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.

Mäntyselkä, P., Kumpusalo, E., Ahonen, R., Kumpusalo, A., Kauhanen, J., Viinamäki, H., Halonen, P. & Takala, J. 2001. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 89 (2-3), 175–180. Viitattu 10.7.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395900003614>.

Mäntyselkä, P., Turunen, J., Ahonen, R. & Kumpusalo E. 2003. Chronic Pain and Poor Self-rated Health. *JAMA* 290 (18), 2435-2442. Viitattu 10.7.2019, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/197625>.

Ojala, T. 2015. The Essence of the Experience of Chronic Pain - A Phenomenological Study. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 3.11.2019, https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/45325/978-951-39-6060-5_vaitos_21022015.pdf?sequence=11&isAllowed=y.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Paul-Savoie, E., Bourgaut, P., Potvin, S., Gosselin, E. & Lafrenaye, S. 2018. The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. *Pain Research and Management* 2018. Viitattu 16.7.2019, <https://www.hindawi.com/journals/prm/2018/6375713/abs/>.

Pesonen, H. 2007. Laatu! – Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Helsinki: Infor Oy.

Pietikäinen, A. 2019. Opiskelijakoordinaattori, fysioterapeutti. Oulun yliopistollinen sairaala. Keskustelu 25.2.2019.

Pohjolainen, T. 2018. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 242-252.

Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia (online). Hyvä fysioterapiakäytäntö -suositus. Suomen Fysioterapeuttien asettama työryhmä. Helsinki: Suomen Fysioterapeutit ry, 2008 (viitattu 10.12.2019). Saatavilla Internetissä: www.suomenfysioterapeutit.fi.

PPSHP - Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2019a. Osasto 10. Viitattu 15.3.2019, <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Kirurgia/Osasto-10/Pages/default.aspx>.

PPSHP - Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2019b. Osasto 2. Viitattu 15.3.2019, <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Kirurgia/Osasto-2/Pages/default.aspx>.

Reijula, J., Ruohomäki, V., Lahtinen, M., Aalto, L., Reijula, E. & Reijula, K. 2017. Terveysthuollon työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla (TeLean): tutkimushankkeen loppuraportti. Helsinki: Työterveyslaitos.

Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 55 (513), 305-312. Viitattu 11.1.2020, <https://bjgp.org/content/bjgp/55/513/305.full.pdf>.

Savolainen, T. & Partia, R. (toim.). 2018. Fysioterapianimikkeistö. Helsinki: Kuntaliitto.

Semmons, J. 2019. The role of physiotherapy in the management of chronic pain. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine* 20 (8), 440-442. Viitattu 7.12.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1472029916300807>.

Soite - Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvelukuntayhtymä. 2019. Kroonisen kivun hoito. Viitattu 16.10.2019, <https://www.soite.fi/kivunhoito>.

Stammen, L., Stalmeijer, R., Paternotte, E., Oudkerk Pool, A., Driessen, E., Scheele, F. & Stassen, L. 2015. Training Physicians to Provide High-Value, Cost-Conscious Care - A Systematic Review.

JAMA 314 (22), 2384-2400. Viitattu 10.7.2019, <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2474425>.

Sukula, S. 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa S. Torkkola (toim.) Terveysviestintä. Helsinki: Tammi, 13-23.

Suonsivu, K. 2003. Kun mikään ei riitä: Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. Viitattu 2.4.2019, <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67290/951-44-5650-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Suomen Fysioterapeutit. 2016. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Viitattu 29.9.2019, <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/FysioterapeutinYdinosaaminen.pdf>.

Suomen Fysioterapeutit. 2019a. Fysioterapeuttien suoravastaanotto. Viitattu 6.12.2019, <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/fysioterapeuttien-suoravastaanotto/>.

Suomen Fysioterapeutit. 2019b. Hyvä fysioterapiakäytäntö. Viitattu 25.11.2019, <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/hyva-fysioterapiakaytanto/>.

Suomen Kipu ry. 2019. Menetelmiä lääkkeettömään kivunhoitoon. Viitattu 8.12.2019, <http://www.suomenkipu.fi/wordpress-3.8/wp-content/uploads/2017/10/Menetelmi%C3%A4-%C3%A4kkeett%C3%B6m%C3%A4n-kivunhoitoon.pdf>.

Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. 2019. Kroonisen kivun hoito-opas. Viitattu 3.11.2019, https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/ccc69b9cf548eb78fc8dbc1d90575bda/1572786053/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf.

Suomen Psykofyysisen Fysioterapian Yhdistys ry. 2019. Psykofyysisen fysioterapian työvälineitä. Viitattu 29.12.2019, <http://psyfy.net/psykofyysinen-fysioterapia/menetelmat-ja-hyodyt/#>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. ICF-luokituksen rakenne. Viitattu 7.12.2019, <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi – Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Vartiainen, P. 2018. Health-related quality of life in patients with chronic pain. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 2.7.2019, <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/242263/pekka%20vartiainen%20PhD%20Thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Veijola, A., Honkanen, H. & Lappalainen, P. 2015. Asiakkaan osallisuuden mahdollistava ja sitä tukeva haastattelukeskustelu. Teoksessa S. Sukula, K. Vainiemi & T. Laukkala (toim.) GAS - Menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 32-46.

Wijma, A., van Wilgen, P., Meeus, M. & Nijs, J. 2016. Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiotherapy Theory and Practice* 32 (5), 368–384. Viitattu 27.7.2019, <http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2016.1194651>.

Wilson, S., Chaloner, N., Osborn, M. & Gauntlett-Gilbert, J. 2017. Psychologically informed physiotherapy for chronic pain: patient experiences of treatment and therapeutic process. *Physiotherapy* 103 (1), 98-105. Viitattu 19.7.2019, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031940616000213>.

World Confederation for Physical Therapy. 2003. Evidence Based Practice – an overview. Viitattu 28.9.2019, <https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/KN-EBP-Overview.pdf>.

World Confederation for Physical Therapy. 2017. Policy statement: Evidence-based practice. Viitattu 25.11.2019, https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/resources/policies/2017/PS_EBP_FINAL.pdf.

World Confederation for Physical Therapy. 2019. Physical therapists' role in chronic pain is the theme for World Physical Therapy Day. Viitattu 5.12.2019, https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_PressRelease_WPTD2019_0.pdf.